



UNAP

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**FACTORES PERSONALES/FAMILIARES ASOCIADOS AL RIESGO
DE CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL P. J. TUPAC
AMARU DEL DISTRITO DE IQUITOS 2017**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTORES

Bach. Enf. Laura Lizeth, ARIMUYA SANDOVAL

Bach. Enf. Ruddy Silvana, AMPUERO ZAGACETA

Bach. Enf. Mayra Luz, RENGIFO YOUNG

ASESORES

Dra. Marina GUERRA VASQUEZ

Mgr. Eliseo ZAPATA VASQUEZ

IQUITOS, PERÚ

2017

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA, EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA, EL DÍA 31 DEL MES DE JULIO DEL AÑO 2017, POR EL JURADO CALIFICADOR CONFORMADO POR:



DRA. ROSSANA TORRES SILVA
PRESIDENTA



DRA. CARMEN M. CHUQUIPIONDO CARRANZA
MIEMBRO



Dra. MARINA GUERRA VASQUEZ
MIEMBRO - ASESORA



Mgr. Eliseo ZAPATA VÁSQUEZ
ASESOR ESTADÍSTICO

Factores personales/familiares asociados al riesgo de conducta suicida en
adolescentes del P. J. Túpac Amaru del Distrito de Iquitos 2017

AUTORES

Laura Lizeth Arimuya-Sandoval, Ruddy Silvana Ampuero-Zagaceta, Mayra
Luz Rengifo-Young

RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre los factores personales/familiares y el riesgo de conducta suicida en los adolescentes que residen en el P.J. Túpac Amaru, del distrito de Iquitos 2017. Se empleó el método cuantitativo, diseño no experimental, correlacional, transversal y descriptivo. La población estuvo constituida por 250 adolescentes y la muestra por 152. Los instrumentos utilizados fueron: una Escala de factores personales/familiares del adolescente y un Test de evaluación del riesgo de conducta suicida. El programa estadístico fue el SPSS, versión 22 para Windows XP, nivel de confianza de 95% y de significancia de 0,05 ($p < 0,05$). Los resultados obtenidos respecto a los factores personales/familiares fueron: 72,4% presentaron estado anímico positivo; 67,8% indicaron tener paternidad adecuada; 65,8% fue en edad de inicio adolescente (12 a 14 años); 57,2% refirieron que la situación económica de su familia es baja; 54,7% tuvo funcionamiento familiar caótico; 53,3% fueron de sexo masculino; y 34,9% refirieron una familia nuclear. En cuanto al riesgo de conducta intento suicida 77% calificaron sin riesgo y en la ideación suicida, 76,3% calificaron sin riesgo.

Para establecer la asociación entre los factores personales/familiares y riesgo de conducta suicida en adolescentes, se sometieron estos resultados a la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrada de Pearson (X^2), obteniendo, asociación estadística significativa entre, estado anímico ($p=0,031$), tipo de padres ($p=0,009$) y funcionamiento familiar ($p=0,014$) e ideación suicida; asimismo, entre estado anímico ($p=0,003$), tipo de padres ($p=0,009$) y funcionamiento familiar ($p=0,008$) e intento suicida. No existe asociación entre, edad ($p=0,623$), sexo ($p=0,520$), situación económica ($p=0,483$) y tipo de familia ($p=0,166$) con la ideación suicida; ni entre edad ($p=0,535$), sexo ($p=0,109$), situación económica ($p=0,478$) y tipo de familia ($p=0,052$) con el intento suicida. Estos hallazgos contribuirán con la prevención de conductas suicidas identificando los factores personales y familiares de riesgo en los adolescentes.

Palabras clave: factores personales, factores familiares, riesgo, conducta suicida.

Personal / family factors associated with the risk of suicidal behavior in adolescents of P. J. Tupac Amaru of the district of Iquitos 2017

AUTHORS

Laura Lizeth Arimuya-Sandoval, Ruddy Silvana Ampuero-Zagaceta,
Mayra Luz Rengifo-Young

ABSTRACT

The present study aimed to determine the association between personal / family factors and the risk of suicidal behavior in adolescents residing in the P.J. Tupac Amaru, Iquitos district, 2017. The quantitative method was used, non-experimental, correlational, transverse and descriptive. The population consisted of 250 adolescents and the sample was 152. The instruments used were: a Scale of personal factors / family of the adolescent and a Test of risk assessment of suicidal behavior. The statistical program was SPSS, version 22 for Windows XP, confidence level of 95% and significance of 0.05 ($p < 0.05$). The results obtained with respect to the personal / family factors were: 72.4% presented positive mood; 67.8% indicated adequate paternity; 65.8% were of adolescent onset age (12 to 14 years); 57.2% reported that the economic situation of their family is low; 54.7% had chaotic family functioning; 53.3% were male; And 34.9% referred a nuclear family. Regarding the risk of behavior suicide attempt 77% qualified without risk and in suicidal ideation, 76.3% qualified without risk.

At risk of suicidal behavior, in suicidal ideation, 76.3% qualified without risk and in the suicide attempt, 77% qualified without risk. In order to establish the association between personal / family factors and risk of suicidal behavior in adolescents, these results were submitted to Pearson's Chi-square non-parametric statistical test (χ^2), obtaining a statistically significant association between mood ($p = 0.031$), type of parents ($p = 0.009$) and family functioning ($p = 0.014$) and suicidal ideation; ($P = 0.003$), type of parents ($p = 0.009$) and family functioning ($p = 0.008$) and suicidal intent. There was no association between age ($p = 0.623$), sex ($p = 0.520$), economic status ($p = 0.483$) and family type ($p = 0.166$) with suicidal ideation; ($P = 0.535$), sex ($p = 0.109$), economic status ($p = 0.478$) and family type ($p = 0.052$) with suicidal intent. These findings will contribute to the prevention of suicidal behavior identifying the factors personals and family in the adolescents.

Key words: personal factors, family factors, risk, suicidal behavior.

DEDICATORIA

A **Dios** por darme sabiduría y fortaleza en todo tiempo, por no haberme abandonado y guiar mis pasos para culminar mis estudios universitarios exitosamente.

A mis padres: **Juana** y **Félix** por confiar en mí, darme ánimos para continuar a pesar de las dificultades de la vida, siendo mi principal motivo el amor que me brindan y el apoyo incondicional para lograrlo.

A mis hermanas que cada día me demostraron sus comprensión, paciencia y cariño, ayudándome a ser perseverante, para conseguir mis ideales. A mi primo **Edward** que con sus consejos, sentó en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación. A mi prometido **Kewin** por haberme brindado motivación, apoyo constante, y sobre todo creer y confiar en mí.

Laura Lizeth

DEDICATORIA

A **Dios** por iluminarme en este transcurso del camino, dándome la fortaleza suficiente para que aun en mis tropiezos nunca me rinda y seguir siempre para adelante; por llenarme de su amor inmenso y vocación de servicio en mi hermosa carrera.

A mi querida madre por ese amor inmenso y puro que sembró en mí, me inspiró a decidir el inicio de este hermoso recorrido; forjaste mis grandes sueños, anhelos, ilusiones y metas, que me ayudaron a crecer como persona y ser humano, sin duda eres un regalo divino que da sentido a mi vida.

A mis hermanos por su amor, apoyo económico y moral, por la confianza brindada que hizo crecer más la mía y por el regalo más hermoso: mis adorados sobrinos quienes me alimentaron con su ternura, dulzura y su amor inocente en tiempos difíciles. A mis grandes amigos por compartir su hermosa amistad, cariño sincero y apoyo incondicional. Para cada uno de ustedes un sentimiento de amor y gratitud.

Ruddy Silvana

DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de vivir, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a personas que han sido mi soporte y compañía durante mi formación profesional.

A mi madre **Mónica**, con mucho amor por su gran apoyo y haberme impulsado por las sendas y acompañado en mis decisiones con dedicación y sacrificio. Su afecto y cariño son detonantes en mi felicidad, esfuerzo y ganas de buscar lo mejor, enseñándome muchas cosas. Aún a su corta edad, gracias por ayudarme a encontrar el lado dulce y no amargo de la vida queridos hermanos **Samantha, Aarón y Ángel**.

A mi tía **Melita**, quien siempre formó parte importante de mi vida, por su compañía, comprensión, ejemplo de que todo es posible sin importar las condiciones. A mis amigos y personas especiales, benefactores de importancia inimaginable en mi vida. Gracias por la confianza y apoyo desde que tengo memoria. Este logro es por ustedes: concluir con éxito un proyecto que en un principio parecía una tarea titánica e interminable.

Mayra Luz

RECONOCIMIENTO

Queremos reconocer de manera muy especial a todas las personas e instituciones que en forma directa e indirecta contribuyeron en la ejecución de la investigación desarrollada con el fin de lograr nuestro ansiado Título Profesional.

A las autoridades de nuestra querida Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, por su disposición a brindarnos todas las facilidades administrativas para cumplir con los requisitos pertinentes en el desarrollo de la tesis.

A los docentes Miembros del Jurado Calificador, conformado por: Dra. Rossana Torres Silva (Presidenta), Dra. Carmen M. Chuquipiondo Carranza (Miembro) y Dra. Marina Guerra Vásquez (Miembro), por las valiosas sugerencias y aportes que contribuyeron en el desarrollo de nuestra tesis.

A la Dra. Marina Guerra Vásquez, nuestra asesora por brindarnos su constante apoyo, paciencia y motivación durante la realización del trabajo de investigación para avanzar hacia la finalización de la misma y al Mgr. Eliseo Zapata Vásquez, por la asesoría estadística brindada.

A cada uno de nuestros docentes de la facultad, por las enseñanzas recibidas en el camino de nuestra formación profesional, porque no solo nos han enseñado las materias, sino también nos enseñaron a luchar por lo que queremos y conseguirlo.

A las autoridades del P. J. Túpac Amaru, por el tiempo brindado y a las y sus hijos adolescentes de dicha comunidad, por haber participado de manera voluntaria en el presente trabajo de investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I: INTRODUCCION Y OBJETIVOS **Página**

1.	Introducción	01
2.	Planteamiento del Problema	03
3.	Objetivos	04

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

1.	Marco Teórico.....	05
2.	Definiciones operacionales.....	34
3.	Hipótesis.....	37

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

1.	Método y Diseño de investigación.....	38
2.	Población y muestra	39
3.	Técnicas e instrumentos.....	40
4.	Procedimiento de recolección de datos.....	42
5.	Análisis de datos.....	43
6.	Limitaciones.....	43
7.	Protección de los derechos humanos.....	43

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

1.	Resultados	45
2.	Discusión.....	60
3.	Conclusiones.....	65
4.	Recomendaciones.....	66
5.	Referencias bibliográficas.....	67

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

N°	TÍTULO	PAG.
1	Edad de los adolescentes del Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos 2017	45
2	Sexo de los adolescentes del Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos 2017	46
3	Estado anímico de los adolescentes del Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos 2017	47
4	Situación económica de los adolescentes del Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos 2017	48
5	Tipo de padres de los adolescentes del Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos 2017	49
6	Tipo de familia de los adolescentes del pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos 2017	50
7	Funcionamiento intrafamiliar de los adolescentes del Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos 2017	51
8.	Riesgo de conducta en ideación suicida de los adolescentes del Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos 2017	52
9.	Riesgo de conducta en intento suicida de los adolescentes del Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos 2017	53

N°	TÍTULO	PAG.
10	Factores personales/familiares y riesgo de conducta en ideación suicida en adolescentes del P. J. Túpac Amaru, Iquitos 2017	54
11.	Factores Personales/Familiares y riesgo de conducta en intento suicida en adolescentes del P. J. Túpac Amaru, Iquitos 2017.	57

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

El suicidio, es un problema de salud mental grave y creciente a nivel mundial, debido a su alta prevalencia. Según la Organización Mundial de la Salud, la conducta suicida se encuentra dentro de las diez primeras causas de mortalidad general en todo el mundo con un 11,4% (cerca de 800,000 personas) y es más grave en la población adolescente donde es la segunda y tercera causa de muerte entre los 12 y 17 años, en ambos sexos y el año 2020 aumentará a 50%, alcanzando a 1,5 millones de muertes por año. La tasa de suicidio global es de 16 defunciones por 100 000 habitantes (una muerte cada 40 segundos); la tendencia de los casos es ascendente de modo que en los últimos 45 años las tasas de mortalidad por suicidio han aumentado en un 60% y por cada suicidio consumado existen al menos 20 intentos suicidas, la mayoría en edad adolescente, por problemas psicológicos en estrecha relación con problemas personales y familiares. El año 2015 fue la segunda causa de defunción entre 15 a 29 años y el 75% de los suicidios tuvo lugar en países de ingresos bajos y medianos. ¹

La conducta suicida, es un problema multifactorial. Entre los factores personales que los adolescentes ubican como causales de conducta suicida, están el aislamiento social, los sentimientos de desánimo por la soledad y el fracaso de sus decisiones, cambios propios de la etapa evolutiva, etc. y como factores familiares, le afecta la inestabilidad familiar en la que vive, por incomunicación, conflictos, peleas, divorcio/separación de los padres, familias reconstituidas, entre otros, que pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos y buscan en el suicidio una aparente solución a sus problemas. ²

En el Perú se reportaron 1 121 intentos de suicidio y 2 045 casos de suicidio de enero a julio del año 2015 en todos los establecimientos de salud, con una tasa de muertes por suicidio de 1,8%, siendo los departamentos con tasas más elevadas: Pasco 15,1%, Moquegua 1,5% y Arequipa 7,5% y el 18% de suicidas son niños y adolescentes. ³

Las estadísticas del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, muestran que el año 2016 se ha notificado un total de 196 intentos de suicidio con 1 y 3 suicidios por día, la mayoría en varones y en los últimos 20 años ha aumentado en adolescentes de 12 a 14 años, sobre todo en mujeres. El 25,9% de adolescentes ha tenido alguna vez en su vida deseos de morir, el 4,9% tuvo planes concretos para suicidarse y 3,6% lo intentó; 59% por problemas con los padres y 39% lo hizo cortándose las venas. ⁴

A nivel de la región Loreto, continúan los casos de suicidios, el Ministerio de Salud indica que en el Hospital Regional de Loreto (HRL) el año 2016 se han atendido 30 casos de intentos de suicidio, en su mayoría de sexo femenino y entre 15 a 38 años, debido a los acontecimientos estresantes de la vida, conflictos familiares, personales, entre otros. ⁴

La investigación permitirá identificar si la población adolescente en estudio presenta o no riesgo de conducta suicida en relación con algunos factores personales y familiares, a pesar de que el Centro de Salud Túpac Amaru no reporta casos de conducta suicida (los que hubieren acuden directo a los hospitales), se han identificado uno que otro caso de probable riesgo que no se registra como tal.

Los aportes serán la información actualizada, los resultados obtenidos que servirán como antecedentes en nuevas investigaciones que se realicen, para los profesionales de enfermería y las instituciones de salud precisen sus intervenciones de promoción y prevención de la salud mental según las variables estudiadas, como responsables de actuar como agentes terapéuticos en la emocionalidad de los adolescentes y su familia, y en la formación profesional de enfermería.

Por todo lo mencionado, planteamos la interrogante ¿Existe asociación entre los factores personales/familiares y el riesgo de conducta suicida en los adolescentes que residen en el P. J. Túpac Amaru, del Distrito de Iquitos 2017?

2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Existe asociación entre los factores personales/familiares y el riesgo de conducta suicida, que presentan los adolescentes que residen en el P. J. Túpac Amaru, del Distrito de Iquitos 2017?

3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL:

Determinar la asociación entre los factores personales/familiares y el riesgo de conducta suicida, en los adolescentes que residen en el P.J. Túpac Amaru, del Distrito de Iquitos 2017.

3.2. ESPECIFICOS:

1. Identificar los factores personales: edad, sexo y estado anímico, que presentan los adolescentes que residen en el PJ. Túpac Amaru, del Distrito de Iquitos 2017, mediante la Escala de Factores Personales/Familiares.
2. Identificar los factores familiares: situación económica, tipo de padres, tipo de familia y funcionamiento familiar, en el que se desarrollan los adolescentes que residen en el PJ. Túpac Amaru, del Distrito de Iquitos 2017, mediante la Escala de Factores Personales/Familiares.
3. Identificar el riesgo de conducta suicida: ideación suicida (sin riesgo y con riesgo) e intento suicida (sin riesgo y con riesgo), que presentan los adolescentes que residen en el PJ. Túpac Amaru, del Distrito de Iquitos 2017, mediante el Test de Evaluación del Riesgo de Conducta Suicida.
4. Asociar los factores personales/familiares y el riesgo de conducta suicida (ideación e intento suicida), en los adolescentes que residen en el PJ. Túpac Amaru, del Distrito de Iquitos 2017.

CAPITULO II

1. MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES

A nivel Internacional.

López HD. (Ecuador, 2015), en su estudio realizado sobre co-morbilidad de conductas de riesgo suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias, Guayaquil año 2012, en una muestra de 211 pacientes, obteniendo que: 53,08% fueron de sexo femenino y 46,92% masculino; 0,95% tuvieron de 10 a 14 años y 15,17% de 15 a 19 años; 35,07% presentaron ideación suicida y 64,92% intento suicida. El estudio no utilizó pruebas estadísticas, solamente análisis e interpretación de los datos obtenidos. ⁵

Aguirre DC, Cataño JJ, Constanza S, Marín DF, Rodríguez JT, Rosero LA, et. al. (Colombia, 2014), en su estudio realizado sobre riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales 2013, en una muestra de 322 adolescentes, obtuvieron que: la edad promedio fue de 15,28 años; 38,5% buena funcionalidad familiar, 30,1% disfunción leve, 18% disfunción moderada y 13,4% severa; 16,5% presentaron riesgo suicida y 83,5% no; mostrando asociación estadística significativa entre riesgo suicida y funcionalidad familiar ($p=0,000$; $p<0,05$), donde 94,4% con buena función familiar no presentaron riesgo suicida y 5,6% presentaron riesgo suicida, 88,7% con disfunción leve no tuvieron riesgo suicida y 11,3% si, 75,9% con disfunción moderada no tuvieron riesgo suicida y 24,1% si, 51,2% con disfunción severa no tuvieron riesgo suicida y 48,8% sí. ⁶

Vázquez ME, Muñoz MF, Fierro A, Alfaro M, Molinero L, Bustamante P. (España, 2013), realizaron un estudio sobre estado de ánimo (seis aspectos) de los adolescentes y su relación con conductas de riesgo, en una muestra de 2412 escolares de 13 a 18 años de edad de la provincia de Valladolid. Los resultados

fueron: 52,7% de sexo masculino y 47,3% femenino; 60% refirieron que trabajan ambos padres, 32,8% que trabaja el padre o la madre y 7,2% otras situaciones económicas; 14,9% presentaron estado de ánimo negativo y 85,1% estado de ánimo positivo; encontrando asociación entre estado de ánimo negativo y sexo femenino -16,9% (Odds ratio [OR]: 1,63; [IC 95%]: 1,23 a 2,15; $p=0,001$; $p<0,05$) y entre estados mentales negativos con situaciones familiares distintas al tipo de familia nuclear (situaciones familiares distintas a la no convivencia con el padre, la madre y/o hermanos) ($p=0,001$; $p<0,05$) y con no tener trabajo remunerado el padre y la madre ($p=0,018$; $p<0,05$); concluyendo que, la prevalencia de problemas mentales en adolescentes es menor en el sexo femenino.⁷

Silva D, Vicente B, Saldivia S, Kohn R. (Chile, 2013), realizaron un estudio sobre conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, en una muestra de 2,987 personas de 15 años a más, encontrando que: 14,3% tuvieron ideación suicida, 7,7% intento de suicidio, 20,2% deseos de estar muerto y 22,5% no tuvieron conducta suicida, de ellos 13,94% tuvieron ingreso económico bajo; mostrando asociación estadística significativa con la ideación suicida, el sexo masculino ($p=0,004$; $p<0,05$) con 49%, la edad ($p=0,003$; $p<0,05$) con 65,9% entre 15 a 24 años y el ingreso económico bajo ($p=0,019$; $p<0,05$); y con el intento suicida, el sexo ($p=0,001$; $p<0,05$) y la edad ($p=0,019$; $p<0,05$).⁸

Córdova M, Rosales JC, Guzmán BR, Zúñiga G. (México, 2013), en su estudio realizado sobre características psicológicas del estudiante con y sin ideación suicida del Colegio de Bachilleres de San Luis Potosí, en una muestra de 280 estudiantes, obtuvieron que: 56,4% fueron de sexo masculino y 43,6% femenino; el rango de edad fue de 15 a 20 años, con un promedio de 16,76 años, con una desviación estándar (DE) de 1,01; 66,8% se reportaron sin ideación suicida, 5,7% con ideación suicida y 27,5% obtuvieron una puntuación no suficiente para registrar presencia de ideación suicida; asimismo, los estudiantes con ideación suicida registraron diferencia significativa con la emoción negativa ($t_{(205)} = -6,20$; $p = 0,001$; $p<0,05$) y el apoyo familiar ($t_{(205)} = 6,75$; $p = 0,001$; $p<0,05$).⁹

A nivel nacional.

Luna IC. (Lima, 2013), en su estudio sobre factores familiares relacionados con la idea suicida en los adolescentes de la Institución Educativa Alfonso Ugarte, en una muestra de 134 adolescentes, encontraron que: 33% tiene 16 años de edad, 20% tienen 17 años, 19% tienen 14 años, 18% tienen 15 años y 10% tienen 18 años; 53% pertenecen al sexo masculino y 47% al femenino; 52% presentaron tipo de familia o estructura familiar nuclear, 36% extensa y 12% monoparental; 44% del tipo de padres fueron democráticos o con paternidad adecuada, 33% autoritarios y 23% permisivos (es decir que 56% tuvieron paternidad inadecuada); 45% con funcionamiento familiar de disfunción leve, 31% disfunción severa y 24% funcionalidad normal o estructurado; 46% presentaron idea suicida y 54% no idea suicida; obteniendo relación significativa entre estructura familiar o tipo de familia ($p=0,0000$; $p<0,05$), tipo de padres ($p=0,0000$; $p<0,05$) y el funcionamiento familiar ($p=0,0000$; $p<0,05$) con la idea suicida en los adolescentes estudiados. ¹⁰

A nivel local.

Vásquez V, García MF. (Iquitos, 2014), en su estudio sobre factores personales asociados a la conducta suicida en adolescentes atendidos el año 2013 en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2014, en una muestra de 117 adolescentes, obtuvieron que en los factores personales, 82,9% tuvieron entre 15 y 19 años, con una edad promedio de 17,24 años y desviación estándar de 1,40 años; 65,8% fueron de sexo femenino y 34,2% masculino; respecto a la conducta suicida, 57,3% presentaron idea suicida y 42,7% intento suicida; asimismo, mostraron relación estadística significativa la edad ($p=0,024$; $p<0,05$), el sexo ($p=0,020$; $p<0,05$) y la conducta suicida. ¹¹

Dávila V, Villacorta JK, Baquero T. (Iquitos, 2013), en su estudio sobre factores sociofamiliares relacionados a ideas suicidas en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2013, en una muestra de 115 estudiantes, encontraron que 9,6% en la etapa adulta

joven presentaron ideas suicidas; 7,8% de estudiantes del sexo femenino tienen ideas suicidas; y 7% viven en una familia disfuncional y presentan ideas suicidas; encontrando asociación estadística significativa entre familia disfuncional y las ideas suicidas ($X^2=8,856$; $p=0,003$; $p<0,05$).¹²

1.2. BASES TEÓRICAS

A. FACTORES PERSONALES/FAMILIARES EN ADOLESCENTES

Definición de Factores Personales

Los factores personales, se definen como un conjunto de características y actitudes que podemos cambiar de forma consciente. Para entender a los factores personales, es necesario reconocer que el hombre no es un ser aislado, está inmerso en un medio o entorno y no puede vivir ajeno a él, en consecuencia los factores que afectan a su entorno influyen también decisivamente en la determinación de su personalidad y de su salud; comprende a los factores orgánicos o físicos, se refieren básicamente a la estructura biológica del individuo a través de la herencia, el proceso de maduración, la influencia hormonal, sistema nervioso y la constitución biotípica que determinan una personalidad específica; y los factores psicológicos o personales, que son aquellas disposiciones personales que tienen una carga afectiva que buscan satisfacer necesidades como el de ser alimentado, la tendencia sexual, la necesidad de amar y ser amado, experimentar una esperanza o vivenciar una frustración.¹³

Tipos de Factores Personales

Los factores personales de riesgo de la conducta suicida son múltiples, como:

- Edad: los adolescentes y los adultos mayores son grupos de alto riesgo, en el varón el riesgo aumenta con la edad y en las mujeres la edad más frecuente es entre los 55 y 65 años.
- Sexo: los suicidios son más frecuentes en varones, las tentativas son más frecuentes en las mujeres.

- Estado civil: soltero, viudo, divorciado, separado.
- Trastornos mentales: depresión (mayor riesgo), psicosis (esquizofrenia), alcoholismo, adicción a sustancias, ansiedad.
- Trastorno de personalidad: especialmente sociopatía, impulsividad, agresión, inestabilidad emocional.
- Desesperanza, irritabilidad, ira, violencia contenida.
- Conducta suicida previa: planes, gestos e intentos previos de suicidio o autolesiones.
- Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo: aislamiento, rechazo social, exhibición de una o más emociones negativas intensas poco características.
- Enfermedad física: posibles consecuencias vitales crónica o que debilite.
- Duelo: pérdida reciente o preocupación con el aniversario de una pérdida traumática, duelo infantil.
- Trauma reciente (físico o psicológico): abuso personal o sexual, o violencia, preocupación por abuso pasado.
- Adolescentes con falta o pocas habilidades de comunicación, para relacionarse con los iguales o para tener un buen rendimiento, conducta antisocial. ¹⁴

Factores Personales relacionados con el riesgo de conducta suicida

Edad

Según el Ministerio de Salud - MINSA, en su Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad, indica que la adolescencia transcurre en el segundo decenio de la vida, entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días de edad, y lo clasifica como: Inicio de la etapa adolescente (entre de 12 y 14 años) y Final de la etapa adolescente (entre 15 y 18 años) y el Código del Niño y Adolescente del Perú y la Evaluación del Adolescente (EVA), se indica que la adolescencia transcurre en el segundo decenio de la vida, entre los 12 a los 18 años. ¹⁵

La edad adolescente se relaciona con la conducta suicida, pues los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida se

presentan en la adolescencia debido a la inmadurez cognitiva de la persona. Antes de la pubertad, tanto el suicidio como el intento suicida son excepcionales; sin embargo, aumentan en la adolescencia asociados con la presencia de comorbilidad, especialmente trastornos del ánimo y abuso de sustancias psicoactivas. Los porcentajes de suicidio consumado se incrementan marcadamente en la adolescencia tardía y continúan aumentando hasta cerca de los 20 años. En contraposición, el pico de intentos suicidas alcanzado entre los 16 y 18 años, luego disminuye marcadamente en frecuencia, particularmente en mujeres jóvenes.¹⁶

El Centro de Prevención del Suicidio de Los Ángeles, informa de una tasa de 16 por cada 100 000 habitantes, de los cuales 43% tenían edades que oscilaban de 12 a 20 años; y para América Latina la mayor incidencia de suicidio se presenta en jóvenes entre 15 a 19 años de edad.¹⁷

Sexo

La palabra “sexo” descende del latín cortar o dividir y se define como la división del género humano en dos grupos, uno de mujeres y otro de varones, lo cual permite clasificarlos de dos formas: sexo femenino, cuando la persona es capaz de producir óvulos para la reproducción humana y sexo masculino, cuando es capaz de producir espermatozoides para la reproducción humana.¹⁸

Existen patrones de suicidio en cuanto al sexo, pero no son iguales en todos los países. En general la duración de los pensamientos e intentos suicidas es significativamente mayor en mujeres comparado con los varones, mientras que el suicidio es más común en varones, pero las mujeres realizan más intentos; es decir, que en líneas generales el comportamiento suicida en los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y en las mujeres mayor número de intentos de suicidio; pero, en la China y en la India, las tasas son similares en ambos sexos, debido posiblemente a la baja condición social y a otros factores asociados a las mujeres. Por otro lado, a nivel mundial los del sexo masculino presentan métodos más letales que las mujeres para el suicidio.¹⁶

Por su parte, la OMS subraya que hay tres veces más suicidios en el sexo masculino que en el femenino, sean cuales fueran las clases de edad y los países, y por el contrario hay tres veces más tentativas de suicidio en el sexo femenino que en el masculino, y que esa disparidad entre ambos sexos se explica por el hecho de que los hombres emplean métodos más radicales que las mujeres para morir.¹⁹

Estado Anímico

El estado de ánimo, es una actitud o disposición emocional en un momento determinado, no es una situación emocional de duración transitoria sino prolongada, es una forma de permanecer, de estar, que puede durar horas o días. El humor del adolescente es muy lábil y ello no facilita la detección de los signos de alarma, pues lo que un día parece no tener solución, puede ser olvidado en la semana siguiente, es frecuente que aparezcan estados pasajeros de mal humor o irritabilidad porque no controla fácilmente sus emociones, simplemente se ve inmerso en las variaciones normales de su humor y se muestra más reactivo y con un menor control emocional. Sin embargo, el mal humor e irritabilidad patológicos son más agudos, pueden estar muy serios, enfadados con el mundo, gritar, agredir, romper materiales, intimidar, faltar al respeto y en algunos casos presentar conductas negativistas y disociales, que constituyen un signo de alarma si aparecen en un adolescente que anteriormente no presentaba estas características, es perdurable en el tiempo y altera su vida social, familiar o escolar.²⁰

Durante la adolescencia, con el inicio de los cambios hormonales no solo se modifican y desarrollan los órganos sexuales, los cambios de humor también son frecuentes y normales en los adolescentes, ya que logran experimentar variedad de emociones y sentimientos durante horas, días e incluso semanas, porque no solo se ven afectados por los cambios orgánicos si no lo que significa para ellos que su cuerpo este cambiando, puede sentirse un extraño en ese cuerpo que constantemente cambia, crece y se expande; esos cambios físicos o corporales generan reacciones positivas o negativas haciendo que varíe su estado de ánimo y autoestima.²¹

Es decir, la adolescencia es una etapa de muchos cambios, es una etapa en la cual el individuo desarrolla su identidad, por lo que es habitual experimentar periodos de gran satisfacción y otros de frustración, siendo uno de los problemas más comunes durante la adolescencia el de los trastornos afectivos. Durante esta etapa de cambio también es frecuente experimentar crisis de identidad, además de los diferentes cambios físicos, también suceden cambios a nivel intelectual, además de cambios hormonales que pueden afectar al estado de ánimo, porque el individuo intenta insertarse en la vida adulta, pero a veces le resulta complicado ya que debe asumir nuevos roles, responsabilidades y tomar decisiones importantes. Por otro lado, en muchas etapas de la vida el estado de ánimo se puede ver alterado, el problema está cuando la inestabilidad emocional repercute sobre la vida diaria, cuando la intensidad de estos cambios de humor es muy fuerte e impide avanzar a la persona.²²

Para evaluar el estado de ánimo, suelen tener un determinado valor o se suele hablar de buen ánimo y de mal estado de ánimo, o ánimo negativo y ánimo positivo, o activado o deprimido. Cuando esta valencia se mantiene habitualmente o es la que predomina a lo largo del tiempo, se habla entonces de humor dominante o estado fundamental de ánimo. Las fluctuaciones del humor son eminentemente moduladas por la satisfacción o la insatisfacción de diversas necesidades instintivas (el hambre, la sed, el sueño, la sexualidad); relacionales (vida conyugal, familiar, profesional); o culturales (ocio, vacaciones). Las variaciones patológicas del humor pueden hacerse en el sentido negativo (la depresión), positivo (un carácter muy expansivo) o inscribirse en el sentido de una indiferencia.²³

Definición de Factores Familiares

Los factores familiares están determinados por los elementos del contexto familiar, como la dinámica de las relaciones de comunicación, relaciones afectivas, las reglas o normas en la formación, las actitudes frente a los valores, las expectativas, entre otros, que influyen en el ser humano, pues los mismos intervienen en la creación de la personalidad y por ende en los distintos tipos de comportamientos. Cabe resaltar entonces que la familia es el primer contacto

social que se tienen en la vida, por ello desempeña un papel fundamental en el desarrollo del individuo, porque desde muy pequeños la familia nos aporta afecto, valores, costumbres, que nos irán moldeando como personas en el proceso de adaptación a la sociedad. El contexto y el entorno de la unidad familiar, se ve alterado por la presencia de un miembro enfermo, por el impacto y reacción de la enfermedad en la familia y por la respuesta de la familia ante la enfermedad de un miembro afectado.²⁴

En el establecimiento de la relación con los padres, es relevante la forma en que el hijo percibe y evalúa las características de ambos progenitores, es decir del tipo de padres que tiene; de modo que un equilibrio positivo de afecto por parte de los padres en las diferentes etapas del proceso de madurez, una percepción afectiva globalmente positiva de los progenitores, un equilibrio entre las reglas y gratificaciones, un aprendizaje de la tolerancia a la frustración, son factores fundamentales en la salud mental y en el desarrollo de los hijos. En este sentido, si en la valoración del adolescente prima una perspectiva positiva de su familia, tienden a prevalecer descripciones vinculadas a la honestidad, el afecto, la estabilidad emocional de las figuras paternas, lo cual repercute en la manera en que ese hijo se relaciona con sus padres.²⁵

Tipos de Factores Familiares

Los factores familiares de riesgo de la conducta suicida, según Jiménez y colaboradores (España, 2012), entre otros son:

- Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, alcoholismo.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Duelo: desestabilización familiar debido a una pérdida.
- Adolescentes: con historia de suicidio reciente de un amigo o familiar.
- Disfuncionalidad familiar: por ruptura familiar o conflictos familiares.
- Tipos de padres: padres que son vistos como hostiles o indiferentes o con expectativas muy altas o muy controladores.²⁶

Factores Familiares relacionados con el Riesgo de Conducta Suicida

Situación Económica Familiar

La situación económica familiar, se refiere a los resultados o ingresos económicos que obtiene la familia en un periodo determinado de tiempo (semana, quincena, mes, usualmente 12 meses) por el aporte de todos los miembros que desarrollan una actividad productiva, con una evaluación positiva o negativa. Es la expresión más aproximada del buen o mal funcionamiento de una empresa, considerando a la familia como una empresa. Se dice que una empresa goza de buena situación económica cuando tiene la capacidad de producir y mantener beneficios en un determinado plazo.²⁷

La situación económica familiar, es un indicador del nivel de productividad y de bienestar que muestra la población de un país, el cual va a depender del sistema económico y sus políticas gubernamentales. Es el estado financiero que muestra la familia, por el aporte de todos los miembros que realizan una actividad productiva, que permite satisfacer sus necesidades en base a la remuneración que perciben periódicamente (diario, semanal, quincenal o mensual), la misma que suele convertirse en una salida o en un problema.²⁸

En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), es el organismo encargado de evaluar e informar sobre el nivel de ingreso económico de las familias de las diferentes regiones del país e informa que 3,7% de la población se ubica en el nivel socioeconómica (NSE) A, 16,2% está en el B y 35,2% forma parte del nivel C, el 32,3% de los hogares pertenece al nivel D y el 12,6% al E, para hogares ubicados en ciudades con más de 200 mil habitantes.

El informe establece cinco niveles socioeconómicos: el segmento A con ingresos familiares mensuales de S/.10 622 en promedio es un nivel alto; el B con S/. 5 126, el C con S/. 3 261, el B y C puede considerarse de clase media “Son familias que tienen sus necesidades cubiertas y, además, cuentan con capacidad de ahorro, en líneas generales ganan más de tres mil nuevos soles al mes”; el D con S/. 1 992 y el E con S/.1 027, “Se observa que tienen adecuadas condiciones de vida”. Según el INEI, el ingreso promedio mensual proveniente del trabajo

según ámbito geográfico, en la selva fue de 1017,0 nuevos soles el año 2014 y de 1087,8 nuevos soles el año 2015, y en el departamento de Loreto fue de 1038,0 nuevos soles el año 2014 y de 1107,8 nuevos soles el año 2015.²⁹

Se valora como:

- Muy Bajo: Cuando el ingreso económico promedio familiar es menor o igual al sueldo mínimo vital S/. 850,00 nuevos soles por mes.
- Bajo: Cuando el ingreso económico promedio familiar es entre S/. 851,00 y 1,027nuevos soles.
- Medio: Cuando el ingreso económico promedio familiar es de S/. 3,261 a S/. 5,126 nuevos soles por mes.
- Alto: Cuando el ingreso económico promedio familiar es de S/. 5,127 a S/. 10,622 nuevos soles por mes.²⁹

La situación económica familiar, se relaciona con la conducta suicida en el sentido de que en el mundo desarrollado la pérdida de empleo y la pobreza se asocian con un mayor riesgo de suicidio, pudiéndose considerar entre ellos a la pérdida del empleo o la jubilación de los padres y los eventos estresantes, que incrementan en dos o tres veces el riesgo de suicidio. Por otro lado, las características socioeconómicas de la familia, evidencian una asociación entre el estado socioeconómico y los pensamientos e intentos suicidas en los adolescentes; es decir, que existen dos características específicas del estado socioeconómico que podrían ser relevantes en el fenómeno suicida en los adolescentes, que son el nivel de educación del padre y el estrés o preocupación acerca de la situación económico familiar.³⁰

Tipos de padres

Existen diferentes tipos de padres, según la intensidad de la relación padre-hijo, se clasifican en cuatro tipos de padres:

- Padres Autoritarios: tienen un alto grado de control con reglas y exigencias, pero muy bajo amor o afecto, pobre comunicación, mayormente recrimina e impone, suele decir “porque yo lo digo y punto”, usando un tono “dictatorial,

incisivo y agresivo”, rígido, ejerce máximo control sobre sus hijos, para él las normas deben cumplirse “sí o sí” y busca que sus órdenes se efectúen de inmediato, si no es así castiga severamente generalmente usando la violencia (física y/o verbal), usa palabras de desprecio como “eres un inútil” o “no sirves para nada”, en lugar de especificar de forma puntual lo que hizo mal, se centra en los errores o defectos, nunca o rara vez reconoce las acciones positivas. Este tipo de paternidad no es adecuada en la familia, porque las reglas se convierten en una carga insostenible para los hijos, son muy infelices, reservados, con mucha dificultad para confiar en las personas, “se vuelven agresivos porque han aprendido que el mundo (al menos el que se ha construido en su casa) funciona así, son rígidos, no saben adaptarse a los cambios, les cuesta mantener relaciones de igual a igual, su autoestima es baja pues no se sienten queridos y su autoconcepto es bastante negativo, su planteamiento en la vida es de que antes que me pisen, piso yo”.

- Padres Democráticos o Equilibrados: son aquellos que ponen todos los ingredientes necesarios y en las dosis adecuadas para la educación de sus hijos: dedicación, tiempo, autoridad y cariño. Son asertivos, es decir, se comportan en forma madura, no someten ni agreden, manifiestan su opinión y defienden sus derechos; son sensibles y comprensivos, ejercen un control no desmesurado sobre sus hijos; son afectuosos o cariñosos, expresan sus sentimientos a los hijos, enseñándoles también a ellos a manifestar los suyos, manteniendo un diálogo abierto y directo en la familia; tienen buena comunicación y tienen un grado de control y de exigencia alto. Los padres democráticos son aquellos que respetan los roles y opiniones de cada miembro de la familia, aceptando que cada uno tiene distintas metas e ideas, lo cual genera un adecuado crecimiento personal. Los hijos que reciben este tipo de educación se convierten en personas seguras de sí mismas, con altos niveles de confianza y autoestima, porque les han enseñado a quererse y a querer a los demás, les han enseñado que no todo sale como uno quiere y cuando las cosas no salen como uno quiere, no sirve de nada hacer escándalo, quejarse o agredir, sino que siempre se debe intentar salir hacia adelante, luchando y esforzándose por los objetivos que nos marcamos, son personas capaces de superar el eterno conflicto entre lo

que deben hacer y lo que quieren hacer, que saben divertirse de manera responsable. Este tipo de padres es el único adecuado.

- Padres Permisivos o Pasivos: suelen ser padres ausentes, con poca presencia, que no ponen límites o reglas a sus hijos, les dan amor, son cariñosos, con buena comunicación, pero son poco exigentes, con poco control y poco firmes cuando sus hijos les desobedecen. Este tipo de padre no es adecuado, es altamente peligrosa en el proceso de educar, porque perjudican a sus hijos, los trata de igual a igual, como si fueran sus amigos, buscan la aceptación de ellos e intentan apoyarlos en todo y no se dan cuenta de que sus hijos no necesitan amigos sino figuras de autoridad que los guíen en su camino y los instruyan en lo que deben y no deben hacer, dejan que se desarrollen conforme a sus criterios e inclinaciones sin exigirles mucho, dan mucha libertad a su hijo por rehuir a los problemas o evitar el conflicto en lugar de enfrentarlos, les resulta muy difícil negarles cualquier cosa que pidan, la mayoría de veces les consienten los caprichos, porque creen que es una buena forma de llevarse bien con ellos, pero no se dan cuenta que agravan los problemas. Los hijos de los padres permisivos son inestables e inseguros por falta de límites, no tienen idea de qué hacer, ni cómo, ni cuándo, se vuelven muy exigentes, caprichosos y autoritarios, la falta de dedicación recibida y la cultura del mínimo esfuerzo también hacen mella en ellos, los convierte en seres absolutamente inconstantes a la hora de marcarse objetivos, no luchan ni se esfuerzan por nada porque en su casa han observado dos estrategias: evitar y huir.
- Padres Negligentes o Indiferentes: poseen niveles bajos de control, de exigencia, afecto y comunicación, muestran una total falta de autoridad, disciplina y pautas de crianza saludables con sus hijos. Este tipo de padres es común en familias desestructuradas y patológicas.³¹

Los padres son responsables de la educación de sus hijos y de la relación que tienen con ellos, pero sus actitudes características influyen en los siguientes aspectos:

- Grado de control que ejercen sobre sus hijos: hay padres que quieren controlar todo lo que hacen sus hijos e influir constantemente en su comportamiento sin darles oportunidad de formar su autonomía, mientras que otros no ejercen ningún control y tienen una actitud negligente en la educación de sus hijos.
- Comunicación entre padres e hijos: hay padres que tienen una comunicación fluida con sus hijos, les explican el porqué de los castigos, escuchan y piden opinión a sus hijos; pero otros padres son poco comunicativos, raramente piden su opinión y tampoco dan explicaciones sobre su comportamiento con ellos.
- Exigencia con respecto a los hijos: algunos padres son muy exigentes con sus hijos respecto a su grado de madurez, logro de objetivos académicos, etc., y otros apenas plantean retos a sus hijos.
- Capacidad para expresar afecto y cariño a los hijos: algunos padres muestran cariño e interés por el hijo constantemente, sin embargo, otros padres se muestran fríos e indiferentes.³²

Hay una serie de defectos en la relación de los padres con sus hijos que se repite a menudo, podemos destacar los siguientes: Los padres que consciente o inconscientemente ridiculizan a sus hijos infravalorando sus actitudes y capacidades; aquellos que quitan importancia a los problemas de los hijos, con la voluntad de evitarles preocupaciones, pero los niños lo perciben como falta de interés de sus padres y cada vez les cuentan menos cosas; padres con tendencia a sermonear a sus hijos destacando el valor de su sabiduría y su experiencia y desdeñando la experiencia personal del propio hijo. Sin embargo, el prototipo de padre ideal para la educación de los hijos es el padre tipo democrático, que es comunicativo y cariñoso, pero a la vez da amor, pone límites y enseña responsabilidad a sus hijos. Como en todas las facetas de la vida lo mejor es saber mantener un equilibrio. Por un lado tener autoridad y por otro, saber ser indulgente. Por un lado exigirles que sean responsables y cumplan con sus deberes y por otro demostrarles cariño y ofrecerles todo el apoyo que necesiten. Conseguir ese equilibrio siempre será muy positivo en la relación con los hijos, pero será especialmente importante cuando los hijos lleguen a la adolescencia.³²

El hijo adolescente debe reconocer al padre como autoridad que quiere lo mejor para él y no como un amigo o peor como un enemigo que quiere hacerle la vida imposible. La pobre habilidad de los padres para manejar esta etapa del desarrollo de sus hijos se demuestra cuando hay hostilidad e indiferencia por parte del adolescente, con conductas evasivas, agresión y rechazo de los valores de los padres.¹⁹

Tipo de familia

Se usa asimismo, para designar un grupo social concreto constituido por un conjunto de personas de distinto sexo y edades, vinculados entre sí, por razones consanguíneas, jurídicas y consensuales, cuyas relaciones se caracterizan por su intimidad, solidaridad y duración; la definición sociocultural, en cuanto derecho y obligación configuran las diferentes estructuras familiares.

El tipo de familia en la que nace y se cría afectará significativamente a las creencias, valores, expectativas, roles, comportamientos e interrelaciones que tendrá a lo largo de su vida.

Colocadas en este escenario diverso, podemos constatar que en la misma generación se diferencian de acuerdo con la etapa del ciclo de vida en el que se encuentran. Así tenemos:

- Familia nuclear: Constituida por ambos padres y los hijos.
- Familia mono parental: Formada por el padre o la madre y los hijos.
- Familia extendida: Constituida por ambos padres y los hijos, además de parientes en la tercera generación.
- Familia ampliada: Constituida por ambos padres y los hijos, además de parientes como tíos, sobrinos, cuñados, primos, etc.
- Familia reconstituida: Constituida por uno de los padres, su nueva pareja y los hijos.
- Equivalencia familiar: Formada por un solo miembro, con grupo religioso, con grupos de personas, entre otros.³³

Funcionamiento Familiar

El funcionamiento familiar, es el resultado de las características interaccionales de los miembros de la familia en dos áreas de la vida familiar: adaptabilidad familiar y cohesión. La adaptabilidad es precisada como la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo, mientras que la cohesión es definida según dos componentes, el vínculo emocional y el nivel de autonomía.³⁴

Una buena comunicación, el sentirse comprendido por los miembros de la familia especialmente por los padres y la armonía familiar, tiene un fuerte efecto en la reducción del riesgo de conducta suicida o se asocia con una menor prevalencia de pensamientos e intentos suicidas en los adolescentes, mientras que los bajos niveles de comunicación entre padres e hijos, los altercados con un familiar, la discordia familiar, la violencia, abusos y maltratos sean de tipo físicos o sexuales, concretamente los producidos durante la infancia, presentan asociación consistente con la conducta suicida, con el incremento de la ideación e intento suicida, siendo las mujeres las menos reactivas a los factores estresantes familiares que los varones.³⁵

El crecimiento, desarrollo y constitución de la persona dentro del núcleo familiar es un fenómeno muy complejo de la vida, pues cada factor del ambiente familiar puede interactuar de múltiples maneras e influir en la formación de un estilo particular de interpretar la realidad, definir quiénes somos, en el desarrollo de valores sociales, en el fomento de actitudes prosociales, respuestas empáticas y cómo nos relacionamos con los demás. Los problemas en el sistema familiar como los vinculados a la unión familiar (relación entre padres como pareja, relación hijos-padres, disciplina rígida, aislamiento del adolescente, necesidad no satisfecha de reconocimiento, confianza y amor, rechazo de los padres, vínculos de dependencia, padre no implicado en la familia); conflictos (matrimonial, irresponsabilidad, hogar infeliz, discordia familiar, hijos implicados en el conflicto matrimonial); disciplina (autocrática, falta de reglas claras o límites, excesivo uso del castigo); vacío de comunicación (falta de

habilidades de comunicación del adolescente, incomunicación o poca comunicación de los padres con el adolescente); entre otros, son factores de riesgo que predisponen a la conducta suicida en las diferentes etapas del proceso de madurez.²⁵

Asimismo, si en el ambiente intrafamiliar del hogar impera una actitud violenta o agresión dirigida externamente de forma repetitiva, ésta tendría una relación directa con las ideas o actos suicidas, empeorando la presencia de otros factores de riesgo suicida y potenciando el intento.³⁶

Evaluación del Funcionamiento Familiar

Puede realizarse utilizando la Escala de Evaluación de la Adaptabilidad Familiar y cohesión FACES III, de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992), porque es un instrumento que brinda información sobre la percepción que cada miembro tiene de su familia en cuanto a estos dos aspectos, la cohesión y la flexibilidad familiar. Sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar; la cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia, y la Flexibilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia constituye un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado.³⁵

Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitan el funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital. La parte I, compuesta por 20 ítems y que evalúa el nivel de cohesión y flexibilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento, es decir en su “Familia Real” y la parte II, compuesta por 20 ítems que reflejan el nivel de cohesión y flexibilidad que al sujeto le gustaría que hubiese en su familia o “Familia Ideal”, ésta parte incluye los mismos ítems que la primera, pero se modifica la consigna general. De las diferencias entre las escalas “real” e “ideal” se puede obtener el índice de satisfacción que la persona

tiene con el funcionamiento de su familia. Se ha adaptado a una variedad de contextos culturales lo cual constituye una fuerte evidencia de validez de constructo de la misma.³⁵

B. CONDUCTAS SUICIDAS

Suicidio

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al acto suicida como “toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño independientemente del grado de intención y de los verdaderos motivos”, y define al suicidio como “un acto con resultado letal o de muerte, que resulta de un acto suicida, deliberadamente iniciado y realizado por la persona, sabiendo y esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”.³⁷

El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un importante problema de salud pública. Según las estimaciones de la OMS, uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio que se está produciendo entre los jóvenes (15-24 años), que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad. Se han sido identificados un gran número de factores que podrían contribuir con la ocurrencia de la conducta suicida, los cuales incluyen factores individuales, familiares y sociales.¹⁶

Definición de Conducta Suicida

La conducta suicida, se define como toda acción producida con el propósito explícito o implícito de quitarse la vida, incluyendo también cualquier intención, ideación o pensamiento que pudiere finalizar en dicha acción, aun cuando no hubiere ninguna expresión manifiesta.¹⁶

Clasificación de la Conducta Suicida

La conducta suicida podría considerarse una continuidad que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales como el intento suicida o el suicidio propiamente dicho.

a) Idea o Ideación Suicida: abarca el área cognitiva en un amplio campo de pensamientos o ideaciones. Se define como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia, expresa el deseo o la intención de morir”. En esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. Desde una perspectiva cognitivo-conductual, cualquier persona que se plantee el suicidio experimenta pensamientos o ideas suicidas. Se manifiesta de diferentes formas en un rango más o menos explícito (verbal y no verbal) por los clientes, como el deseo de morir, la representación suicida, la ideación suicida sin planeamiento de la acción, la ideación suicida con un plan indeterminado, la ideación suicida con un plan determinado y en algunos casos una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva. Las causas de la ideación suicida son múltiples, diversas y dependen de la perspectiva de análisis de que se parta (cultural, social, psicológico, biológico, etc). El deseo de morir puede ser considerado el portal del comportamiento autodestructivo y representa la inconformidad e insatisfacción del individuo con su modo de vida en el momento actual (aquí-ahora). La ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio y ha sido mucho menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado. ³⁸

b) El Intento Suicida: también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación (IAE) o autolesión intencionada (*deliberate self harm*), abarca el área conductual y se define como toda acción autoinfligida de forma deliberada con el propósito de autogenerarse un daño potencialmente letal, que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte. Es el acto en el que la inminencia de la consumación del hecho revela su intencionalidad fatal (planeamiento, hacerse

daño a través de instrumentos) o su gravedad factual (cortarse las venas, ingerir un raticida). Es decir, son amenazas o gestos suicidas las verbalizaciones o actos que si llegaran consumarse, darían lugar a un daño serio o a la muerte del sujeto, pero éstos generalmente son subestimadas, devaluadas e incluso ignoradas por las figuras significativas a quienes se pretende hacer llegar el mensaje del sufrimiento que se está padeciendo, sin que estas personas tengan en cuenta que ambas son manifestaciones muy frecuentes de la comunicación suicida. Se considera que el intento es más frecuente en los jóvenes, en el sexo femenino, y los métodos más utilizados son los suaves o no violentos, principalmente mediante la ingestión de fármacos o sustancias tóxicas.

- c) El Suicidio: propiamente dicho, que es la consumación del intento suicida con la pérdida de la vida de la persona implicada.³⁹

Factores de Riesgo de la Conducta Suicida

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo de la conducta suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta, pues el nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, aunque algunos tienen un peso específico mayor que otros.

Los factores de riesgo pueden clasificarse en:

- Modificables: se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente, como el trastorno afectivo, esquizofrenia, trastorno de ansiedad, abuso de sustancias, trastorno de personalidad, otros trastornos mentales, la salud física y las dimensiones psicológicas
- Inmodificables: se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico como la heredabilidad, sexo, edad (adolescentes y adultos jóvenes, edad geriátrica), estado civil, situación laboral y económica, apoyo social y conducta suicida previa.⁴⁰

Otra clasificación de los factores de riesgo de la conducta suicida se observa en el esquema planteado en la Guía de Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia modificado, que los clasifica en:

- a) Factores Personales o Individuales: como la edad; sexo; factores genéticos o biológicos; enfermedad física o discapacidad; trastornos mentales (depresión, Trastorno bipolar, trastornos psicóticos, T. por abuso de alcohol/sustancias, T. de ansiedad, T. de conducta alimentaria, T. de personalidad, impulsividad, agresión); factores psicológicos; intentos previos de suicidio o ideación suicida.

- b) Factores Familiares y Contextuales: que comprende a la historia familiar previa de suicidio; eventos vitales estresantes; factores sociofamiliares y ambientales (apoyo sociofamiliar, nivel socioeconómico, educativo y situación laboral, etnia, religión); exposición (efecto “contagio”).

- c) Otros Factores: relacionados con historia de maltrato físico o abuso sexual, orientación sexual, acoso por parte de iguales (adolescentes), fácil acceso a medicamentos /armas /tóxicos, entre otros. ⁴¹

Riesgo de Repetición de la Conducta Suicida en los adolescentes

Existen rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer un acto suicida, como, la poca tolerancia a la frustración, actitudes hiperperfeccionistas, ser críticos, rígidos intelectualmente que no toleran el más mínimo fracaso, a veces están convencidos de su propia maldad y no se sienten queridos; en otros casos la vulnerabilidad al percibir ciertos eventos de la vida como una amenaza directa a su autoimagen o a su dignidad; la separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias; la muerte de un ser querido u otra persona significativa; los conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas; la aceptación del suicidio como una forma de resolución de los problemas entre los amigos o grupo de pertenencia; presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones; ser víctima de desastres

naturales; la violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares; el estar sometido a amenazas de muerte o golpizas; ser motivo de burlas en la escuela; incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas; entre otros, son predictoras de ideaciones y conductas suicidas en esta etapa de la vida. ⁴²

Adolescencia

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años, en la que se producen cambios biológicos, psicológicos y sociales. Se estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, el 85% de ellos viven en países pobres o de ingresos económicos medios a bajos, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren al año. La adolescencia es esencialmente una época de cambios, tiene características peculiares y es una etapa de descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica, identidad sexual) así como de la autonomía individual. ⁴³

La adolescencia ha sido identificada como un período de transición de la niñez hacia la adultez temprana. Se caracteriza por grandes cambios emocionales, sociales y físicos. Los adolescentes deben lidiar simultáneamente con una variedad de problemas psicosociales como lo son: consolidar un sentido de identidad y madurar cognoscitiva y emocionalmente. Típicamente, los adolescentes son confrontados con la emergencia de una autonomía, el rechazo a la autoridad parental, el incremento de responsabilidades sociales y académicas y un deseo de intimar con otros. Igualmente este período de transición representa un tiempo de exploración de la identidad donde se experimentan cambios frecuentes en las metas de vida, en los vínculos románticos, en las aspiraciones de trabajo o estudio y en la visión del mundo. Estos eventos pueden facilitar que algunos adolescentes cursen con síntomas depresivos o conductas suicidas por la inhabilidad de enfrentar cambios biológicos y psicosociales que ocurren durante este período crucial del desarrollo. También, los adolescentes pueden utilizar conductas desadaptativas aprendidas para dirigir su inconformidad asociada a sus rápidas experiencias de cambios. ¹⁶

Características Predisponentes de la Adolescencia para la Conducta Suicida

En la adolescencia se incrementa la carga de presiones o responsabilidades individuales, que unido a la inexperiencia e inmadurez generan tropiezos que pueden traducirse en momentos de angustia, soledad y frustración, que propician factores de riesgo para cometer un acto o conducta suicida, lo cual se refuerza si los adolescentes provienen de familias desestructuradas, con carencias en el aspecto económico, con déficit sociales y culturales, alteraciones en las relaciones dentro y fuera del grupo familiar, es decir, vivir en una familia multiproblemas o en familias que por sus características intrafamiliares y/o por el entorno en que viven se califican como de alto riesgo, con pobreza educacional y exposición a situaciones familiares adversas. ⁴⁴

En el aspecto emocional la llegada de la adolescencia significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tienen relación con el amor; es así, que aparece el pensamiento formal, descubre que es capaz de argumentar, de analizar y comienza a hacerlo, en ocasiones cae en contradicciones cuando habla con un adulto, los cuales son normales ya que están ejercitando su capacidad de razonar; además comienzan a generar sus propias teorías, a raíz de esto empiezan a elaborar sus códigos de conducta, sus valores y su ética, y progresivamente van modificando su rol en la familia, pasando desde un niño-dependiente a un adulto-independiente, lo cual implica un aumento de responsabilidades y de capacidad para ejercer su libertad. La característica más peligrosa del pensamiento adolescente, es la de “sentirse invencible”, siempre piensan que las cosas malas “les ocurren a los otros” pero que no pasará con ellos sean accidentes, agresiones, embarazos, brotes psicóticos por ingesta de drogas y comas etílicos, entre otros. ⁴⁵

Valoración del Riesgo de la Conducta Suicida en la Adolescencia

Se refiere a la estimación del riesgo de la conducta suicida, se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos, para determinar si existe o no existe la ideación

suicida o el intento suicida. De manera general podemos dividir la biografía de los futuros adolescentes con conducta suicida en tres etapas:

1. Si tuvo una infancia problemática.
2. Recrudescimiento de problemas previos, con la incorporación de los propios de la edad: cambios somáticos, preocupaciones sexuales, nuevos retos en las relaciones sociales y en el rendimiento escolar, entre otros.
3. Etapa previa al intento suicida: que le sucedió para que tomara esa decisión, lo característico es la ruptura inesperada de relaciones interpersonales.

La primera etapa engloba los factores predisponentes, la segunda los factores reforzantes y la tercera los factores precipitantes.⁴⁰

Otra valoración que puede realizarse ante un adolescente potencialmente suicida, incluye la exploración de los siguientes aspectos:

1. Comportamiento suicida: debe investigarse al máximo los deseos de morir, la idea suicida, los gestos, las amenazas y el plan de autodestrucción, el método que va a emplear, circunstancias en que lo realizaría, entre otros.
2. Ámbito familiar: evaluar la presencia de relaciones disarmónicas con los padres, hogares rotos, violencia familiar, padres enfermos mentales, familiares con conducta suicida, deben explorarse las expresiones familiares que manejen la autodestrucción como una posibilidad de poner fin a la vida y la presencia de amistades con este comportamiento.
3. Cuadro clínico: se debe explorar signos de enfermedad mental, especialmente depresión, esquizofrenia y conducta suicida previa del adolescente.
4. Estado psicológico: para precisar la presencia de desesperanza, sentimientos de soledad, angustia, culpabilidad, abuso de alcohol, depresión, rabia, agresividad.
5. Motivos: si ha sufrido pérdida de una relación valiosa, conflictos escolares, humillaciones, problemas familiares, deseos de matarse, entre otros.⁴⁰

Un comportamiento suicida afirmativo, un medio familiar que no constituye un adecuado soporte, la presencia de síntomas depresivos, desesperanza, agresividad o sentimientos de soledad y cualquier motivo, por poco significativo

que parezca, debe presuponer la posibilidad real de un acto suicida y se debe actuar con eficacia para evitarlo. Asimismo, se debe considerar el acto de autodestrucción en la adolescencia como un punto en el *continuum* de los problemas conductuales por la presencia de estresores crónicos y estresores agudos de sus vidas que pueden precipitar la conducta suicida. Entre los estresores crónicos se citan la disfunción familiar, los fracasos escolares, el abuso sexual y el consumo de alcohol o drogas, entre otros; mientras que los agudos pueden ser peleas entre amigos, conflictos amorosos, reprimenda de los padres que, como se evidencia, pueden y de hecho forman parte de la rutina de la adolescencia, pero que en un joven con problemas emocionales pueden llevar al acto suicida.⁴⁰

La mejor forma de detectar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntándolo. Contrariamente a lo establecido en la creencia popular, hablar del suicidio NO provoca actos de autolesión, por el contrario les permite hablar acerca de los problemas y la ambivalencia con la que están luchando y en muchos casos aliviar al menos momentáneamente la tensión psíquica que constituye la ideación de muerte, de esta manera el paciente percibe que puede ser ayudado. El riesgo es justamente que estas ideas permanezcan ocultas. Aun en las situaciones más graves, es recomendable no perder de vista que se trata de una conversación, donde urgencia no siempre es sinónimo de prisa. Se puede conversar con alguien de situaciones sumamente urgentes, pero si el diálogo es apresurado y centrado en el protocolo que se debe completar resulta difícil establecer una relación de confianza para que quien consulta exprese emociones y sensaciones, generalmente confusas y dolorosas. Es recomendable que durante la conversación se emplee un lenguaje sencillo y claro y se adopte una actitud de respeto e imparcialidad en todo momento. Se suelen indicar algunas preguntas puntuales, que gradualmente profundizan sobre el tema: ¿Te sientes triste? ¿Sientes que nadie se preocupa por ti? ¿Sientes que la vida no tiene sentido? ¿Alguien, en tu familia o entre tus amigos más queridos, intentó suicidarse o se suicidó? ¿Alguna vez realizaste un intento de suicidio? y ante ello, es importante responder con sensibilidad a la revelación de información privada.²

Prevención de Conductas Suicidas

La mortalidad por suicidio entre los adolescentes y jóvenes está incrementándose, particularmente en los varones, por lo que se hace impostergable su prevención eficaz. Para lograrlo es necesaria aplicación de la promoción de salud, la protección específica de los grupos de riesgo, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y adecuado de aquellas afecciones que lleven al suicidio y al intento de autodestrucción en cualquiera de sus variantes. Entre algunas actividades que se pueden desarrollar en el trabajo con los adolescentes e inclusive con los niños, que aún no ha conformado plenamente su personalidad, para que forme características que le sirvan como soporte contra el comportamiento suicida. Así:

- Debemos adecuarlo en el amor a la patria, su historia, sus héroes y mártires, de manera que los vivencie cercanos a él.
- Incrementar el estoicismo, la humildad, la modestia, la perseverancia en el logro de objetivos elevados, así como la renuncia, cuando sea necesaria, lo cual indica flexibilidad sin dejar de ser uno mismo.
- El altruismo, la sensibilidad y el sentimiento solidario.
- El autocontrol, la búsqueda de enfrentamientos o respuestas disímiles a un mismo problema.
- El amor al estudio, al trabajo, a los futuros hijos, a la familia y saber ser amigo.
- La generosidad, los buenos modales, la caballerosidad, el respeto a su semejante en su persona, costumbres y opiniones.
- Tolerar frustraciones, aceptarse tal y cual es.
- Pensar positivamente, no con sobrevaloración ni subvaloración.
- Confiar en sí mismo y en los demás, así como desarrollar una sana desconfianza e incertidumbre frente a lo no conocido aún. ³⁸

Medición del Riesgo de Conducta Suicida

Existen diversos instrumentos de medición de la conducta suicida, entre ellos están:

- a) La Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation - SSI): diseñada por Beck para cuantificar y evaluar en el contexto de una entrevista semiestructurada, el alcance o intensidad de los pensamientos suicidas en el

momento actual o retrospectivamente. Consta de 19 ítems distribuidos en cuatro apartados: actitud ante la vida/muerte, características de la ideación suicida, características de la tentativa y preparativos realizados.³⁹

- b) La Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale - SIS): diseñada por Beck para valorar aspectos verbales y no verbales de la conducta antes y después del intento de suicidio y para cuantificar la gravedad de la conducta suicida reciente. Su uso está indicado tras un intento de suicidio. Consta de 15 ítems para valorar en una escala de 0 a 2 según la intensidad, de modo que la puntuación total oscila entre 0 y 30. La primera parte de la SIS (ítems 1-8) se refiere a las circunstancias objetivas que rodean el intento de suicidio (grado de preparación del intento, contexto, precauciones contra el descubrimiento /intervención); la segunda parte (ítems 9-15) es autoinformada y cubre las percepciones sobre la letalidad del método, expectativas sobre la posibilidad de rescate e intervención.⁴⁶

La SIS demostró propiedades psicométricas adecuadas, incluyendo alta consistencia interna y elevada fiabilidad interevaluadores. Ha sido validado por Córdova M. y Rosales JC., (México, 2012) en su estudio sobre confiabilidad y validez de constructo de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes mexicanos de educación media superior, donde obtuvo un cálculo de confiabilidad mediante el alpha de Cronbach de 0,84 y la validez de constructo se realizó mediante el análisis factorial obteniendo 61,46%.⁴⁷

B. TEORÍAS RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN

Para que suceda el fenómeno suicida, es necesario la presencia de los factores psicológicos, ambientales y genéticos, las mismas que se explican a través de diversas teorías sociológicas, psicoanalíticas y biológico-genéticas. Las teorías significativamente relacionadas con la conducta suicida, son:

Teoría Cognitivo-Conductual: Propuesta por Freeman y Reinecke el año 1995, fundamentada en que cada persona tiene una determinada estructura cognitiva que ha ido construyendo a la largo de su vida, basada en la concepción que tiene de sí mismo y de su entorno. Esto da lugar a una forma única y personal de entender y valorar la existencia humana. Esta estructura comienza a edificarse ya en los primeros años de vida a manera de pilares sobre los cuales se construye toda la estructura cognitiva de la persona. Son los denominados esquemas cognitivos.

Los esquemas cognitivos desempeñan una función adaptativa de los individuos, a evaluar con efectividad sus circunstancias y a guiar sus esfuerzos de manejo, son estructuras cognitivas inconscientes que se encargan de sostener todo el sistema de valores de la persona y son capaces de provocar todo un repertorio de pensamientos automáticos, son las reglas y presunciones no manifiestas con las que vivimos y que nos ayudan a evaluar con efectividad todas las circunstancias que nos rodean, que se establecen en la primera infancia fundamentalmente por la interrelación con las figuras referenciales (generalmente los padres o personas significativas) y que se definen y consolidan mediante nuestra propia experiencia lo largo de la vida. La fortaleza de los esquemas sobre el individuo y por lo tanto la dificultad de modificación de los mismos va a depender de muchos factores: - Internalización muy temprana. - La adherencia a los esquemas. - La falta de confrontación de los esquemas propios con los esquemas de otros individuos. Respecto a las conductas suicidas, los esquemas suelen centrarse en temas específicos de vulnerabilidad ante la pérdida y el abandono. Estos esquemas pueden permanecer latentes durante mucho tiempo en el individuo, sin manifestarse, pero pueden ser activados por diferentes estresores, por ejemplo ante una pérdida, abandono, abuso y desmerecimiento de amor. Por lo tanto, el suicida suele caracterizarse por manifestar una rigidez cognitiva y distorsiones cognitivas, que le impide generar y evaluar soluciones o perspectivas alternativas y diferentes a sus propios esquemas. No es de extrañar que este individuo contemple el suicidio como única salida posible porque generalmente se caracterizan por presentar tres déficits de la personalidad:

motivacional, cognitivo y emocional, y una triada cognitiva: visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. ⁴⁸

Teoría Sociológica: propuesta por Emile Durkheim (1897), quien atribuye a la sociedad la causal que provoca y motiva a la persona a tomar la decisión final, conformada por la constitución familiar, la posición económica-social y el medio ambiente. Explica que el suicidio y la intensidad del sistema relacional se relacionan inversamente, afirma que entre más íntimamente se está relacionado con los demás, menor es el deseo del suicidio; en cuanto al ciclo financiero, una tendencia al descenso en las finanzas o la carencia extrema, se halla asociada con un aumento de los suicidios; en relación con la categoría social, los oficios, las profesiones y el estatus están sujetas a estímulos estresantes; mientras que la influencia de la cultura y la religión, los países católicos generalmente tienen menor frecuencia de suicidio que los no católicos. El sociólogo francés, Emile Durkheim en su obra *El suicidio* (1897), señala que los suicidios son fenómenos individuales, que responden esencialmente a causas sociales. Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social ya sea excesiva o insuficiente del individuo en la colectividad “Por tanto el suicidio sería un hecho social”. ⁴⁹

2. DEFINICIONES OPERACIONALES

2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

FACTORES PERSONALES/FAMILIARES: definida como aquellas características inherentes al funcionamiento individual y a la dinámica familiar, que se evidenció en el comportamiento del adolescente en estudio, frente a decisiones saludables o no saludables que toma en su proceso de desarrollo y adaptación a la sociedad y se valoró mediante la Escala de Factores Personales/Familiares, de acuerdo a los siguientes indicadores:

Factores Personales

- a) Edad: considerada como los años cronológicos que refirió tener el adolescente al momento del estudio. Se consideró dos categorías:
 - Inicio de Adolescencia: cuando refirió tener de 12 a 14 años de edad.
 - Final de Adolescencia: cuando refirió tener de 15 a 18 años.

- b) Sexo: considerado como las características físicas y biológicas que diferencian y definen al varón de la mujer, en su sexualidad a lo largo del ciclo vital. Se consideró dos categorías:
 - Masculino: cuando se evidencia características propias del varón.
 - Femenino: cuando se evidencia características propias de mujer.

- c) Estado Anímico: referido a la actitud o disposición emocional que presenta el adolescente al momento de la entrevista. Se consideró dos categorías:
 - Positivo: cuando obtuvo de 24 a 30 puntos en la Escala de Factores Personales/Familiares.
 - Negativo: cuando obtuvo menos de 24 puntos en la Escala de Factores Personales/Familiares.

Factores Familiares

- d) Situación Económica Familiar: definida como el ingreso económico promedio que tiene la familia del adolescente, por cada mes, de sus miembros. Se considero tres categorías:
- Bajo: Cuando el ingreso económico promedio familiar fue menor o igual a 1,027 nuevos soles por mes.
 - Medio: Cuando el ingreso económico promedio familiar fue de 1,028 a 5,126 nuevos soles.
 - Alto: Cuando el ingreso económico promedio familiar fue de S/. 5,127 a más.
- e) Tipo de Padres: definida como las características que muestran los padres en el proceso educativo y de formación de sus hijos. Se consideró dos categorías:
- Paternidad Adecuada: cuando alcanzó de 3 a 5 puntos en el segmento de padres democráticos y/o equilibrados.
 - Paternidad Inadecuada: cuando alcanzó de 3 a 5 puntos en cualquiera de los segmentos de padres autoritarios, permisivos ó pasivos, negligentes ó indiferentes.
- f) Tipo de Familia: referido a la conformación jerárquica de la familia en cuanto al número de personas, vínculos parentales y cumplimiento de los roles establecidos entre ellos. Se consideró seis categorías:
- Familia Nuclear: cuando refirió que vive con ambos padres y hermanos.
 - Familia Monoparental: cuando refirió que vive solo con papá o solo con mamá y hermanos.
 - Familia Extensa: cuando refirió que vive con ambos padres, hermanos y abuelo/s.
 - Familia Ampliada: cuando refirió que vive con ambos padres, hermanos y otros parientes.
 - Familia Reconstituida: cuando refirió que vive con mi padre/madre, hermanos, su pareja e hijos.

- Equivalencia Familiar: cuando refirió que vive solo, en un grupo religioso, grupos de personas y otros.

- g) Funcionamiento Familiar: referido a los aspectos de evaluación de la adaptabilidad familiar y cohesión que muestra la dinámica familiar. Se consideró cuatro categorías:
 - Rígido: cuando alcanzó de 1- 9 puntos en la escala de Factores Personales/Familiares.
 - Estructurado: cuando alcanzó de 10-14 puntos en la escala de Factores Personales/Familiares.
 - Flexible: cuando alcanzó de 15-18 puntos en la escala de Factores Personales/Familiares.
 - Caótico: cuando alcanzó de 19-30 puntos en la escala de Factores Personales/Familiares.

2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA: referida a la probabilidad de tener o no pensamientos o de estar realizando una planificación con la finalidad de causarse daños o lesiones en contra de su propia vida, desde 30 días antes del momento de la entrevista expresado por el adolescente en el test de Evaluación del Riesgo de Conducta Suicida, a través de dos indicadores:

a) Ideación Suicida

- Sin Riesgo: cuando obtuvo una respuesta afirmativa (Sí).
- Con Riesgo: Cuando obtuvo de dos a más respuestas afirmativas (Sí).

b) Intento Suicida

- Sin Riesgo: cuando obtuvo cero respuestas afirmativa (Sí).
- Con Riesgo: Cuando obtuvo de una a más respuestas afirmativas (Sí).

3. HIPÓTESIS

Existe asociación estadística significativa entre los factores personales/familiares y el riesgo de conducta suicida en adolescentes que residen en el P. J. Túpac Amaru, del distrito de Iquitos 2017.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

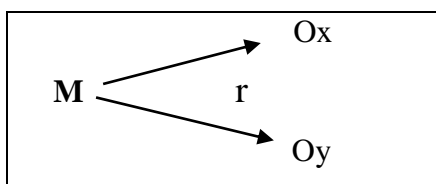
1. Método y Diseño de Investigación

Método

El método de investigación utilizado fue el cuantitativo, porque es el procedimiento de decisión que está orientada a determinar si existe asociación entre las variables independiente y dependiente del estudio, para lo cual cuenta con un marco teórico que la sustenta y los instrumentos respectivos para la recolección sistemática de la información; así mismo, porque los procedimientos de recolección, procesamiento y análisis de datos investigados fueron expresados cuantitativamente mediante pruebas estadísticas para comprobar la hipótesis planteada y dar respuesta al problema de investigación.

Diseño

El diseño fue el no experimental, correlacional, transversal, de tipo descriptivo. No experimental, porque las variables se estudiaron tal y como se presentan en su contexto natural o la realidad, sin manipularlas intencionalmente para variar su comportamiento al ser analizadas. Correlacional, porque nos permitió evidenciar la asociación entre ambas variables en los sujetos de estudio. Transversal, porque la información o los datos se recolectaron en un momento dado en el tiempo. Descriptivo, porque nos permitió describir y explicar las variables en estudio de manera independiente. El diagrama del diseño es:



Especificaciones:

M : Muestra.

O : Observaciones.

XY : Subíndices (observaciones obtenidas en cada una de las variables).

r : Relación entre las variables de estudio.

2. Población y Muestra

Población

La población del estudio estuvo constituida por todos los adolescentes entre 12 a 18 años, que residen en el P.J. Túpac Amaru, que hacen un promedio total de 250 adolescentes.

Muestra

La muestra estuvo conformada por el número de adolescentes determinados utilizando la fórmula estadística para una proporción en una población finita o conocida, quedando conformada por 152 adolescentes, según se detalla a continuación:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{250 * 1,96_{1-\alpha}^2 * 0,50 * 0,50}{0,05^2 * (250 - 1) + 1,96_{1-\alpha}^2 * 0,50 * 0,50}$$

$$n = 151,68$$

$$n = 152$$

Donde

N: Número total de elementos que conforman la población, 250 personas.

Z: Valor estandarizado del índice de confiabilidad de la muestra calculada en 95%. El valor estandarizado a asumirse es igual a 1,96 (para dos colas).

E: Error asumido en el cálculo debido a la selección de la muestra del 0,05%

p: Probabilidad de la población que presente las características del estudio 0,50.

q: Probabilidad de la población que no presente las características del estudio.

n : muestra de estudio calculada 152.

Se empleó el tipo de muestreo aleatorio simple, para que todos los adolescentes tuvieran la misma probabilidad de ser seleccionados para participar.

La muestra fue seleccionada mediante el método de lotería de acuerdo a los criterios de inclusión, utilizando el registro de las familias que consta en poder de la Junta Directiva del pueblo joven, hasta completar el número total de la muestra.

Criterios de Inclusión:

- Ser residente del P. J. Túpac Amaru.
- Tener de 12 a 18 años.
- De ambos sexos.
- Participación voluntaria con la firma del consentimiento informado del padre/madre/tutor y firma del asentimiento informado del adolescentes.

Criterios de Exclusión:

- No residir en el P. J. Túpac Amaru.
- Tener de 19 años de edad a más.
- No desear participar.

3. Técnicas e Instrumentos

Se empleó la técnica de la encuesta autoadministrada, para dar mayor seguridad y confianza al adolescente a responder las preguntas y/o ítems estructurados sin presiones, siguiendo con ellos la secuencia de la aplicación de los instrumentos, aclarando dudas y brindando la información pertinente a una distancia prudencial.

Se utilizó los siguientes instrumentos para la recolección de datos:

- Escala de Factores Personales/Familiares, que permitió recolectar los datos de la variable independiente. Para las variables de edad, sexo, situación económica familiar y tipos de padres fueron elaborados por las investigadoras; mientras que para las variables del estado anímico, tipos de familia y funcionamiento familiar, se utilizaron instrumentos estandarizados, como la Escala del estado anímico, la clasificación del MINSA para tipos de familia, la escala de Evaluación de la Adaptabilidad Familiar y Cohesión- Faces III. Comprendió siete partes: edad;

sexo; estado anímico conformada por cinco ítems, con tres alternativas de respuestas (siempre, a veces, nunca), con un puntaje total de 15, que se calificó como, estado anímico positivo cuando obtuvo de 11 a 15 puntos y estado anímico negativo cuando obtuvo menos de 11 puntos; situación económica, conformada por tres ítems, calificados como, bajo cuando el ingreso económico promedio familiar fue hasta 1,027 nuevos soles por mes, medio cuando el ingreso económico fue de S/. 1,028 a S/. 5,126 por mes y alto cuando el ingreso económico fue de S/. 5,127 nuevos soles a más por mes; tipos de padres, conformada por cuatro ítems, calificados como, paternidad adecuada cuando alcanzó de 3 a 5 puntos en el segmento de padres democráticos y/o equilibrados y paternidad inadecuada cuando alcanzó de 3 a 5 puntos en cualquiera de los segmentos de padres autoritarios, permisivos/pasivos, negligentes/indiferentes; tipo de familia conformado por seis ítems para evaluar a qué tipo de familia pertenecen los adolescentes con dos alternativas de respuesta si y no; funcionamiento familiar, conformado por 10 ítems para evaluar la adaptabilidad familiar y cohesión, con tres alternativas de respuesta, siempre con el valor de tres puntos, a veces con dos puntos y nunca igual a un punto, con un total de 30 puntos, que se calificó como: Rígido de 1-9 puntos, Estructurado de 10-14 puntos, Flexible de 15-18 puntos y Caótico de 19-30 puntos. Su aplicación tuvo una duración de 25 minutos.

- Test de Evaluación del Riesgo de Conducta Suicida: que permitió valorar la variable dependiente que incluyó la ideación e intento suicida. Es un instrumento estandarizado, comprendió dos partes, la primera sobre ideación con siete ítems y dos alternativas de respuestas Sí que equivale a un punto y No que equivale a cero puntos, valorado como sin ideación y con ideación; la segunda sobre intento con cuatro preguntas y cinco alternativas de respuestas, valorado como sin riesgo y con riesgo. Su aplicación tuvo una duración de 10 minutos.

Validez y Confiabilidad

El análisis de validez se realizó mediante el procedimiento del Método Delphi o juicio experto, con la opinión de siete profesionales especializados en el área de estudio, para verificar si los constructos operacionalizaban adecuadamente a cada variable en estudio y si los términos y enunciados utilizados en la elaboración de los constructos eran los correctos; obteniendo para la Escala de Factores Personales/Familiares del Adolescente una validez aceptable de 88,82% y el Test de Evaluación del Riesgo de Conducta Suicida una validez elevada de 90,8%.

Por otro lado, la prueba de confiabilidad se realizó mediante la prueba piloto para los instrumentos indicados, a un 10% de la muestra, es decir a 15 adolescentes del Asentamiento Poblacional Micaela Bastidas que tiene características similares a la población en estudio, los mismos que no formaron parte de la muestra; para analizar las respuestas en los ítems que puedan inducir a error o confusión en los sujetos de estudio para su corrección o afinamiento oportuno, se aplicó el Coeficiente α de Cronbach para la Escala de Factores Personales/Familiares obteniendo una confiabilidad de 89,4% y para el Test de Evaluación del Riesgo de Conducta Suicida una confiabilidad alta de 84,7%.

4. Procedimiento de recolección de Datos

Se procedió de la siguiente manera:

- a) Se solicitó la autorización respectiva a través de la Decanatura de la Facultad de Enfermería de la UNAP y a la Junta Directiva del P. J. Túpac Amaru.
- b) Presentación de los investigadores ante la Junta Directiva, para coordinar las actividades pertinentes (fechas, horario de recolección de datos) y recepcionar los documentos requeridos (registros, autorización).
- c) Inicio de la recolección de datos en el P. J. Túpac Amaru, en base al padrón de registro de las familias con hijos adolescentes.
- d) Se solicitó la firma voluntaria del consentimiento informado por parte de sus padres y del asentimiento de los mismos aceptando participar en el estudio.
- e) Se aplicó los instrumentos bajo responsabilidad exclusiva de las investigadoras, vistiendo el uniforme de salud pública, en el turno de la mañana y tarde (8 am a

12 y de 3 a 6 pm), verificando que cada instrumento aplicado tenga todos los ítems contestados.

- f) Se solicitó que respondan de forma honesta y veraz, aclarando dudas y dándoles la seguridad de que los datos tendrán carácter confidencial, fueron anonimizados y utilizados solamente con fines de la investigación.
- g) La aplicación de ambos instrumentos tuvo una duración de 35 minutos para cada adolescente, leyendo y aclarando los ítems y dejando cinco segundos para que marquen sus respuestas.
- h) La recolección de datos se realizó en el periodo de 15 días.
- i) Concluida la aplicación de los instrumentos, se agradeció a los adolescentes que participaron en la investigación y se procedió a la sistematización de la información recolectada.

5. Análisis de Datos

El análisis e interpretación de los datos, se realizó utilizando el programa estadístico SPSS versión 22 en español, para un entorno virtual Windows XP en español. El análisis univariado se realizó utilizando la estadística descriptiva determinado por la distribución de frecuencias y porcentajes en tablas unidimensionales. El análisis inferencial para comprobar la hipótesis planteada, se empleó la prueba estadística no paramétrica de libre distribución para variables categóricas de Chi-cuadrado de Pearson (X^2), que es la prueba indicada cuando las variables son una categórica nominal y la otra ordinal siendo además aleatorias. El nivel de confianza para la prueba de hipótesis fue del 95%, el nivel de error de $\alpha = 0,05$ y la probabilidad de significancia menor de 0,05 ($p < 0,05$).

6. Limitaciones

Ninguna limitación en el desarrollo de la investigación

7. Protección de los Derechos Humanos

Los derechos humanos de los participantes que conformaron la muestra de estudio fueron resguardados en todo el proceso de la investigación, mediante la aplicación de los principios éticos y bioéticos básicos:

- Autonomía: los padres y adolescentes decidieron su participación voluntaria, libre e independiente en el estudio, previo conocimiento del mismo firmaron el consentimiento informado (padre/madre/tutor) y el asentimiento informado (adolescentes) en señal de aceptación para participar antes de responder a los instrumentos de recolección de datos.
- Justicia: todos los adolescentes tuvieron igual probabilidad de participar y las mismas garantías de protección de su dignidad e integridad durante la investigación.
- Beneficencia: se brindó apoyo informativo individual a los adolescentes que lo solicitaron y la publicación de los hallazgos relevantes del estudio en pro del beneficio común.
- No Maleficencia: porque su participación no amenaza su integridad personal, pues los instrumentos fueron anónimos, los datos se presentaron en forma agrupada sin singularizar a ningún adolescente y solo fueron utilizados por las investigadoras para lograr los fines de la investigación y posteriormente fueron incinerados.

CAPITULO IV

1. RESULTADOS

1.1. ANÁLISIS UNIVARIADO

VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES PERSONALES/FAMILIARES

TABLA 1

EDAD DE LOS ADOLESCENTES DEL PUEBLO JOVEN TUPAC AMARU, IQUITOS 2017

EDAD	Nº	%
Inicio de la Adolescencia	100	65,8
Final de la Adolescencia	52	34,2
TOTAL	152	100,0

Fuente: Escala de factores personales/familiares del adolescente

$$\bar{x} \pm s = 13,12 \pm 2,32 \text{ años}$$

La tabla 1, muestra la edad de los adolescentes del Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos 2017, donde el 65,8% (100) de adolescentes se encontraban en la etapa de inicio de la adolescencia (12 a 14 años) y 34,2% (52) se encontraban en la etapa final de la adolescencia (15 a 18 años).

TABLA 2

**SEXO DE LOS ADOLESCENTES DEL PUEBLO JOVEN TÚPAC AMARU,
IQUITOS 2017**

SEXO	N°	%
Masculino	81	53,3
Femenino	71	46,7
TOTAL	152	100,0

Fuente: Escala de factores personales/familiares del adolescente

La tabla 2, muestra el sexo de los adolescentes del Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos 2017, donde el 53,3% (81) de adolescentes fueron de sexo masculino y 46,7% (71) fueron de sexo femenino.

TABLA 3

**ESTADO ANÍMICO DE LOS ADOLESCENTES DEL PUEBLO JOVEN
TUPAC AMARU, IQUITOS 2017**

ESTADO ANIMICO	Nº	%
Positivo	110	72,4
Negativo	42	27,6
TOTAL	152	100,0

Fuente: Escala de factores personales/familiares del adolescente

La tabla 3, muestra el estado anímico de los adolescentes del Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos 2017, donde el 72,4% (110) de adolescentes presentaron estado anímico positivo y 27,6% (42) estado anímico negativo.

TABLA 4

**SITUACIÓN ECONÓMICA DE LOS ADOLESCENTES DEL PUEBLO
JOVEN TUPAC AMARU, IQUITOS 2017**

SITUACIÓN ECONÓMICA FAMILIAR	Nº	%
Alto	11	7,3
Medio	54	35,5
Bajo	87	57,2
TOTAL	152	100,0

Fuente: Escala de factores personales/familiares del adolescente

La tabla 4, muestra la situación económica de los adolescentes del Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos 2017, donde el 57,2% (87) de adolescentes refirieron que la situación económica de su familia es baja (entre S/. 850 a 1027 nuevos soles por mes), 35,5% (54) refirieron tener situación económica medio (entre 1,028 a 5,126 por mes) y 7,3% (11) indicaron que la situación económica de su familia es alta (de 5,127 nuevos soles a más por mes).

TABLA 5

**TIPO DE PADRES DE LOS ADOLESCENTES DEL PUEBLO JOVEN
TUPAC AMARU, IQUITOS 2017**

TIPO DE PADRES	N°	%
Paternidad Adecuada	103	67,8
Paternidad Inadecuada	49	32,2
TOTAL	152	100,0

Fuente: Escala de factores personales/familiares del adolescente

La tabla 5, muestra al tipo de padres de los adolescentes del Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos 2017, donde el 67,8% (103) de adolescentes refirieron tener un tipo de paternidad adecuada y 32,2% (49) de adolescentes refirieron tener un tipo de paternidad inadecuada.

TABLA 6

**TIPO DE FAMILIA DE LOS ADOLESCENTES DEL PUEBLO JOVEN
TUPAC AMARU, IQUITOS 2017**

TIPO DE FAMILIA	Nº	%
Familia Nuclear	53	34,9
Familia Monoparental	38	25,0
Familia Extensa	31	20,3
Familia Ampliada	13	8,6
Familia Reconstituida	14	9,2
Equivalencia Familiar	3	2,0
TOTAL	152	100,0

Fuente: Escala de factores personales/familiares del adolescente

La tabla 6, muestra el tipo de familia de los adolescentes del Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos 2017, donde el 34,9% (53) de adolescentes refirieron vivir dentro de una familia nuclear, 25,0% (38) en una familia monoparental, 20,3% (31) en una familia extensa, 9,2% (14) en una familia reconstituida, 8,6% (13) viven en una familia ampliada y 2,0% (3) refirió vivir en una equivalencia familiar.

TABLA 7

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES DEL PUEBLO
JOVEN TUPAC AMARU, IQUITOS 2017**

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	Nº	%
Rígido	2	1,3
Estructurado	37	24,3
Flexible	30	19,7
Caótico	83	54,7
TOTAL	152	100,0

Fuente: Escala de factores personales/familiares del adolescente

La tabla 7, muestra el funcionamiento familiar de los adolescentes del Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos 2017, donde el 54,7% (83) de adolescentes refirieron funcionamiento caótico, 24,3% (37) funcionamiento estructurado, 19,7% (30) funcionamiento flexible y 1,3% (2) funcionamiento rígido.

VARIABLE DEPENDIENTE: RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA

TABLA 8

**RIESGO DE CONDUCTA EN IDEACIÓN SUICIDA DE LOS
ADOLESCENTES DEL PUEBLO JOVEN TUPAC AMARU,
IQUITOS 2017**

IDEACIÓN SUICIDA	N°	%
Sin Riesgo	116	76,3
Con Riesgo	36	23,7
TOTAL	152	100,0

Fuente: Guía de evaluación del riesgo de conducta suicida

La tabla 8, muestra el riesgo de ideación suicida de los adolescentes del Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos 2017, donde el 76,3% (116) adolescentes calificaron como sin riesgo de ideación suicida y 23,7% (35) con riesgo de ideación suicida.

TABLA 9

**RIESGO DE CONDUCTA EN INTENTO SUICIDA DE LOS
ADOLESCENTES DEL PUEBLO JOVEN TUPAC AMARU,
IQUITOS 2017**

INTENTO SUICIDA	Nº	%
Sin Riesgo	117	77,0
Con Riesgo	35	23,0
TOTAL	152	100,0

Fuente: Guía de evaluación del riesgo de conducta suicida

La tabla 9, muestra el riesgo de conducta en intento suicida de los adolescentes del Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos 2017, donde el 77% (117) de adolescentes calificaron sin riesgo de intento suicida y 23% (35) con riesgo de intento suicida.

1.2. ANÁLISIS BIVARIADO

TABLA 10

**FACTORES PERSONALES/FAMILIARES Y RIESGO DE CONDUCTA EN
IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL P. J.
TUPAC AMARU, IQUITOS 2017**

FACTORES PERSONALES/FAMILIARES		IDEACION SUICIDA				TOTAL		X ² p (0,05)
		SIN RIESGO		CON RIESGO				
		N°	%	N°	%	N°	%	
EDAD	Inicio Adolescencia	78	51,3	22	14,5	100	65,8	0,227
	Final Adolescencia	38	25,0	14	9,2	52	34,2	0,623°
	TOTAL	116	76,3	36	23,7	152	100,0	
SEXO	Masculino	64	42,1	17	11,2	81	53,3	0,415
	Femenino	52	34,2	19	12,5	71	46,7	0,520°
	TOTAL	116	76,3	36	23,7	152	100,0	
ESTADO ANÍMICO	Positivo	89	58,6	21	13,8	110	72,4	4,647
	Negativo	27	17,7	15	9,9	42	27,6	0,031*
	TOTAL	116	76,3	36	23,7	152	100,0	
SITUACIÓN ECONÓMICA	Alta	10	6,6	1	0,7	11	7,3	
	Media	40	26,3	14	9,2	54	35,5	1,456
	Baja	66	43,4	21	13,8	87	57,2	0,483°
	TOTAL	116	76,3	36	23,7	152	100,0	
TIPO PADRES	DE Paternidad Adecuada	85	56,0	18	11,8	103	67,8	6,814
	DE Paternidad Inadecuada	31	20,3	18	11,9	49	32,2	0,009*
	TOTAL	116	76,3	36	23,7	152	100,0	
TIPO FAMILIA	DE Nuclear	38	25,0	15	9,9	53	34,9	
	DE Monoparental	28	18,4	10	6,6	38	25,0	7,820
	DE Extensa	26	17,1	5	3,2	31	20,3	
	DE Ampliada	10	6,6	3	2,0	13	8,6	0,166°
	DE Reconstituida	14	9,2	0	0,0	14	9,2	
	DE Equivalencia Familiar	0	0,0	3	2,0	3	2,0	
	TOTAL	116	76,3	36	23,7	152	100,0	
FUNCIONA- MIENTO FAMILIAR	Rígido	0	0,0	2	1,3	2	1,3	
	Estructurado	31	20,4	6	3,9	37	24,3	
	Flexible	26	17,1	4	2,6	30	19,7	10,62
	Caótico	59	38,8	24	15,9	83	54,7	0,014*
	TOTAL	116	76,3	36	23,7	152	100,0	

Fuente: Elaborado por las investigadoras

La tabla 10, muestra en edad que de los 152 (100%) adolescentes que constituyeron la muestra en estudio, 76,3% (116) calificaron sin riesgo de ideación suicida, de los cuales 51,3% (78) se encuentran en la etapa de inicio de la adolescencia. Para verificar la hipótesis y determinar si existe asociación estadística entre la edad y la ideación suicida, se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrada, obteniendo un $\chi^2 = 0,227$ para una $p = 0,623$ ($p > 0,05$) rechazándose la hipótesis planteada.

En el sexo, muestra que de los 152 (100%) adolescentes que constituyeron la muestra en estudio, 76,3% (116) calificaron sin riesgo de ideación suicida, de los cuales 42,1% (64), fueron de sexo masculino. Para verificar la hipótesis y determinar si existe asociación entre el sexo y la ideación suicida, se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrada, obteniendo un $\chi^2 = 0,415$ y valor de significancia $p = 0,520$ ($p > 0,05$) rechazándose la hipótesis planteada.

En el estado anímico, muestra que de los 152 (100%) adolescentes que constituyeron la muestra en estudio, 76,3% (116) calificaron sin riesgo de ideación suicida, de los cuales 58,6% (89) presentaron estado anímico positivo. Para verificar la hipótesis y determinar si existe asociación entre el estado anímico y la ideación suicida se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrada, obteniendo un $\chi^2 = 4,647$ y valor de significancia $p = 0,031$ ($p < 0,05$), aceptándose la hipótesis planteada.

En la situación económica, muestra que de los 152 (100%) adolescentes que constituyeron la muestra en estudio, 76,3% (116) calificaron sin riesgo de ideación suicida, de los cuales 43,4% (66) presentaron situación económica baja. Para verificar la hipótesis y determinar si existe asociación entre la situación económica y la ideación suicida, se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrada, obteniendo un $\chi^2 = 1,456$ y valor de significancia $p = 0,483$ ($p > 0,05$), rechazándose la hipótesis planteada.

En tipo de padres, muestra que de los 152 (100%) adolescentes que constituyeron la muestra en estudio, 76,3% (116) calificaron sin riesgo de ideación suicida, de los

cuales 56% (85) refirieron tener paternidad adecuada. Para verificar la hipótesis y determinar si existe asociación entre el tipo de padres y la ideación suicida, se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrada, obteniendo un $X^2c = 6,814$ y valor de significancia $p = 0,009$ ($p < 0,05$), aceptándose la hipótesis planteada.

En tipo de familia, muestra que de los 152 (100%) adolescentes que constituyeron la muestra en estudio, 76,3% (116) calificaron sin riesgo de ideación suicida, de los cuales 25% (38) refirieron tener una familia nuclear. Para verificar la hipótesis y determinar si existe asociación entre el tipo de familia y la ideación suicida, se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrada, obteniendo un $X^2c = 7,820$ y valor de significancia $p = 0,166$ ($p > 0,05$), rechazándose la hipótesis planteada.

En funcionamiento familiar, muestra que de los 152 (100%) adolescentes que constituyeron la muestra en estudio, 76,3% (116) calificaron sin riesgo de ideación suicida, de los cuales 38,8% (59) tuvieron funcionamiento familiar caótico. Para determinar si existe asociación entre el funcionamiento familiar y la ideación suicida, se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrada, obteniendo un $X^2c = 10,62$ y valor de significancia $p = 0,014$ ($p < 0,05$), aceptándose la hipótesis planteada.

TABLA 11

**FACTORES PERSONALES/FAMILIARES Y RIESGO DE CONDUCTA EN
INTENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL P. J.
TUPAC AMARU, IQUITOS 2017**

FACTORES PERSONALES/FAMILIARES		INTENTO SUICIDA				TOTAL		X ² p (0,05)
		SIN RIESGO		CON RIESGO				
		N°	%	N°	%	N°	%	
EDAD	Inicio Adolescencia	79	52,0	21	13,8	100	65,8	0,384
	Final Adolescencia	38	25,0	14	9,2	52	34,2	0,535°
	TOTAL	117	77,0	35	23,0	152	100,0	
SEXO	Masculino	67	44,1	14	9,2	81	53,3	2,570
	Femenino	50	32,9	21	13,8	71	46,7	0,109°
	TOTAL	117	77,0	35	23,0	152	100,0	
ESTADO ANÍMICO	Positivo	92	60,6	18	11,8	110	72,4	8,657
	Negativo	25	16,4	17	11,2	42	27,6	0,003*
	TOTAL	117	77,0	35	23,0	152	100,0	
SITUACIÓN ECONÓMICA	Alta	10	6,6	1	0,7	11	7,3	
	Media	42	27,6	12	7,9	54	35,5	1,476
	Baja	65	42,8	22	14,4	87	57,2	0,478°
	TOTAL	117	77,0	35	23,0	152	100,0	
TIPO PADRES	DE Paternidad Adecuada	87	57,3	16	10,5	103	67,8	8,851
	DE Paternidad Inadecuada	30	19,7	19	12,5	49	32,2	0,009*
	TOTAL	117	77,0	35	23,0	152	100,0	
TIPO FAMILIA	DE Nuclear	38	25,0	15	9,9	53	34,9	
	DE Monoparental	28	18,4	10	6,6	38	25,0	
	DE Extensa	26	17,1	5	3,2	31	20,3	10,965
	DE Ampliada	10	6,6	3	2,0	13	8,6	0,052°
	DE Reconstituida	14	9,2	0	0,0	14	9,2	
	DE Equivalencia Familiar	1	0,7	2	1,3	3	2,0	
TOTAL	117	77,0	35	23,0	152	100,0		
FUNCIONA- MIENTO FAMILIAR	Rígido	0	0,0	2	1,3	2	1,3	
	Estructurado	32	21,1	5	3,3	37	24,3	11,82
	Flexible	25	16,4	5	3,3	30	19,7	0,008*
	Caótico	60	39,5	23	15,1	83	54,7	
	TOTAL	117	77,0	35	23,0	152	100,0	

Fuente: Elaborado por las investigadoras

La tabla 11, muestra en edad que de los 152 (100%) adolescentes que constituyeron la muestra en estudio, 77% (117) calificaron sin riesgo de intento suicida, de los cuales 52% (79) se encuentran en la etapa de inicio de la adolescencia. Para verificar la hipótesis y determinar si existe asociación estadística entre la edad y el intento suicida, se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrada, obteniendo un $X^2c = 0,384$ y valor de significancia $p = 0,535$ ($p > 0,05$) rechazándose la hipótesis planteada.

En el sexo, muestra que de los 152 (100%) adolescentes que constituyeron la muestra en estudio, 77% (117) calificaron sin riesgo de intento suicida, de los cuales 44,1% (67) fueron de sexo masculino. Para verificar la hipótesis y determinar si existe asociación entre el sexo y el intento suicida, se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrada, obteniendo un $X^2c = 2,570$ y una $p = 0,109$ ($p > 0,05$) rechazándose la hipótesis planteada.

En el estado anímico, muestra que de los 152 (100%) adolescentes que constituyeron la muestra en estudio, 77% (117) calificaron sin riesgo de intento suicida, de los cuales 60,6% (92) presentaron estado anímico positivo. Para verificar la hipótesis y determinar si existe asociación entre el estado anímico y el intento suicida, se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrada, obteniendo un $X^2c = 8,657$ y una $p = 0,003$ ($p < 0,05$), concluyendo que existe significancia estadística y en consecuencia se acepta la hipótesis planteada.

En la situación económica, muestra que de los 152 (100%) adolescentes que constituyeron la muestra en estudio, 77% (117) calificaron sin riesgo de intento suicida, de los cuales 42,8% (65) tuvieron situación económica baja. Para verificar la hipótesis y determinar si existe asociación entre la situación económica y el intento suicida se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrada, obteniendo un $X^2c = 1,476$ y una $p = 0,478$ ($p > 0,05$), rechazándose la hipótesis planteada.

En tipo de padres, muestra que de los 152 (100%) adolescentes que constituyeron la muestra en estudio, 77% (117) calificaron sin riesgo de intento suicida, de los cuales 57,3% (87) refirieron tener paternidad adecuada. Para verificar la hipótesis y

determinar si existe asociación entre el tipo de padres y el intento suicida se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrada, obteniendo un $X^2c = 8,851$ y una $p = 0,009$ ($p < 0,05$), aceptándose la hipótesis planteada.

En tipo de familia, muestra que de los 152 (100%) adolescentes que constituyeron la muestra en estudio, 77% (117) calificaron sin riesgo de intento suicida, de los cuales 25% (38) refirieron tener una familia nuclear. Para verificar la hipótesis y determinar si existe asociación entre tipo de familia e intento suicida se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrada, obteniendo un $X^2c = 10,965$ y una $p = 0,052$ ($p > 0,05$), rechazándose la hipótesis planteada.

En funcionamiento familiar, muestra que de los 152 (100%) adolescentes que constituyeron la muestra en estudio, 77% (117) calificaron sin riesgo de intento suicida, de los cuales 38,9% (60) tuvieron funcionamiento familiar caótico. Para verificar la hipótesis y determinar si existe asociación entre el funcionamiento familiar y el intento suicida se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrada, obteniendo un $X^2c = 11,82$ y una $p = 0,008$ ($p < 0,05$), aceptándose la hipótesis planteada.

2. DISCUSIÓN

Al analizar los factores personales/familiares y el riesgo de conducta suicida (ideación e intento suicida) en los adolescentes del pueblo joven Túpac Amaru, del distrito de Iquitos 2017, se encontró que:

La edad predominante fue la etapa de inicio de la adolescencia (12 a 14 años) representando 65,8%, de los cuales 51,3% no presentaron riesgo de ideación suicida. Este resultado no tiene similitud con lo encontrado por Silva D, et. al. (Chile, 2013) en su estudio sobre conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, donde obtuvieron asociación estadística significativa entre la edad ($p=0,003$; $p<0,05$) y la ideación suicida. Probablemente estos resultados obtenidos, muestran que la edad inicial de la adolescencia no es un factor significativo para que se presenten ideaciones suicidas, probablemente porque su pensamiento está centrado más en los cambios corporales que está pasando en esta etapa a fin de lograr cumplir con la tarea de desarrollo de aceptar su imagen corporal de forma satisfactoria, así como lograr su autonomía, por lo cual puede considerarse una oportunidad para reforzar las habilidades sociales y la resolución sana de los conflictos para fortalecer su salud mental.

La edad que predominó fue la de inicio de la adolescencia (12 a 14 años) con un 65,8%, de los cuales 52% no presentaron riesgo de intento suicida. Este resultado no coincide con lo encontrado por Silva D, et. al. (Chile, 2013) en su estudio sobre conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, donde obtuvieron asociación estadística significativa entre la edad ($p=0,019$; $p<0,05$) y el intento suicida. Los resultados muestran que a menor edad existe menor riesgo de que el adolescente presente riesgo de intento suicida, pues a pesar de que se encuentra en una etapa vulnerable de la vida, probablemente las tareas de desarrollo (aceptar su imagen corporal, logro de la identidad y la autonomía) que debe cumplir satisfactoriamente pueden estar siendo más preponderantes que la edad para no recurrir a dicha conducta.

El sexo predominante entre los adolescentes fue el masculino, representando un 53,3%, de los cuales 42,1% no presentaron riesgo de ideación suicida. Este resultado no tiene similitud con lo encontrado por Silva D, et. al. (Chile, 2013) en su estudio sobre conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, donde obtuvieron relación estadística significativa entre el sexo masculino ($p=0,004$; $p<0,05$) y la ideación suicida. Los resultados muestran un cambio en el comportamiento masculino en el sentido de que quienes presentaban ideación suicida mayoritariamente eran las personas de sexo femenino sin llegar necesariamente al suicidio, mientras que los de sexo masculino evidenciaban mayoritariamente los intentos suicidas o suicidios propiamente dicho porque actúan impulsivamente y sin pensarlo mucho ante una dificultad; por ello es necesario corroborar estos resultados con otros estudios para determinar si las personas de sexo masculino están cambiando su comportamiento emocional frente a las dificultades de la vida y qué factores estarían influenciando en este cambio.

El sexo predominante entre los adolescentes fue el masculino, representando un 53,3%, de los cuales 44,1% no presentaron riesgo de intento suicida. Este resultado no tiene similitud con lo encontrado por Silva D, Vicente B, Saldivia S, Kohn R. (Chile, 2013) en su estudio sobre conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, donde obtuvieron relación estadística significativa entre el sexo masculino ($p=0,001$; $p<0,05$) y el intento suicida. Los resultados muestran que la mayoría de los sujetos estudiados pertenecen al sexo masculino quienes están presentando en una proporción significativa riesgo de intento suicida, que en concordancia con la población estudiada, el riesgo está presente en este grupo poblacional que aparentemente están sanas mentalmente y ni los padres ni las personas con quienes vive el adolescente perciben que está teniendo dificultades que no sabe cómo afrontar y pedir ayuda.

El estado anímico predominante fue el positivo con un 72,4%, de los cuales 58,6% no presentaron riesgo de ideación suicida. No encontrándose estudios similares para la contrastación respectiva, se consideran estos resultados como un aporte para futuras investigaciones. Los resultados muestran una relación directa entre estado anímico y la ideación suicida, dado que la mayoría de adolescentes presentaron un

estado anímico positivo y no tuvieron riesgo de ideación suicida, lo cual es congruente puesto que los que optan por la autodestrucción son personas que tienen expectativas negativas sobre su bienestar y su futuro, así como en su habilidad para afrontar las dificultades y conseguir éxito en su vida, mostrando una fortaleza en la mayoría de adolescentes estudiados en el sentido de que valoran su bienestar y sus expectativas futuras, las mismas que deben ser reforzadas mediante actividades de promoción y prevención de la salud mental por parte de los profesionales de la salud.

El estado anímico predominante fue el positivo con un 72,4%, de los cuales 58,6% no presentaron riesgo de intento suicida. No encontrándose estudios similares para la contrastación respectiva, se consideran estos resultados como un aporte para futuras investigaciones. Los resultados muestran que la mayoría de adolescentes presentaron un estado anímico positivo y no tuvieron riesgo de intento suicida, entendiéndose que el estado anímico positivo contribuye junto con los rasgos o atributos propios de la personalidad, las vivencias personales y familiares experimentadas, a disminuir probables intentos suicidas, buscando enfrentar y resolver los problemas pensando de forma realista, con tranquilidad y pidiendo la ayuda oportuna, entendiéndose que son importantes y que las dificultades están presentes en la vida de todo ser humano.

La situación económica predominante de los adolescentes fue baja, representando 57,2%, de los cuales 43,4% no presentaron riesgo de ideación suicida. Este resultado es similar a los encontrados por Silva D. et. al (Chile, 2013) en su estudio sobre conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, donde obtuvieron asociación estadística significativa entre el ingreso económico bajo ($p=0,019$) y la ideación suicida. Los resultados evidencian que la situación económica baja presentada por la mayoría de familias donde vive el adolescente, se relaciona con ciertos desajustes emocionales que pueden originar ideación suicida especialmente porque la edad en que se encuentran los vuelve vulnerables para comprender la situación familiar y afrontar situaciones como es el hecho de no ver satisfechas sus demandas por falta de dinero en el hogar paterno.

La situación económica predominante de los adolescentes fue baja, representando 57,2%, de los cuales 42,8% no presentaron riesgo de intento suicida. No encontrándose estudios similares para la contrastación respectiva, se consideran estos resultados como un aporte para futuras investigaciones. Los resultados muestran que la situación económica baja que caracteriza a la mayoría de los hogares donde vive el adolescente estudiado, está relacionado con el porcentaje significativo de adolescentes que pasan situaciones difíciles que al escapar de sus posibilidades de solución y aunada a la falta de apoyo por parte de los padres, influye en las mentes en formación de los adolescentes y los lleva a intentar suicidarse.

El tipo de padres predominante en los adolescentes fue el de paternidad adecuada representando 67,8%, de los cuales 56% no presentaron riesgo de ideación suicida. Este resultado no es similar al encontrado por Luna IC. (Lima, 2013), en su estudio sobre factores familiares relacionados con la idea suicida en los adolescentes, donde obtuvo relación significativa entre el tipo de padres ($p=0,0000$; $p<0,05$) y la idea suicida. Según hallazgos del presente estudio la influencia positiva para los adolescentes es tener padres democráticos o equilibrados que ejercen una paternidad adecuada, al contrario de los padres que son autoritarios o permisivos o indiferentes, cuya paternidad inadecuada exponen a sus hijos a situaciones familiares inestables, que debilita su emocionalidad, lo vuelve incapaz de solucionar dificultades, presentando ideas suicidas como una solución al problema.

El tipo de padres predominante en los adolescentes fue el de paternidad adecuada representando 67,8%, de los cuales 57,3% no presentaron riesgo de intento suicida. No encontrándose estudios similares para la contrastación respectiva, se consideran estos resultados como un aporte para futuras investigaciones. Los hallazgos del estudio evidencian que los padres que tienen un desempeño adecuado de paternidad, se convierten en una fortaleza y buen soporte para sus hijos, contrariamente a los padres que ejercen una paternidad inadecuada coloca en riesgo de intento suicida a sus hijos por la falta de oportunidades para aprender habilidades y competencias para solucionar asertivamente dificultades y conseguir éxito en la vida.

El funcionamiento familiar predominante en los adolescentes fue el caótico, representando 54,7%, de los cuales 38,8% no presentaron riesgo de ideación suicida. Este resultado no coincide con lo encontrado por Dávila V. et. al. (Iquitos, 2013), en su estudio sobre factores sociofamiliares relacionados a ideas suicidas en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, donde encontraron asociación estadística significativa entre la familia disfuncional y las ideas suicidas ($X^2=8,856$; $p=0,003$; $p<0,05$); asimismo, no coincide con los hallazgos de Luna IC. (Lima, 2013), en su estudio sobre factores familiares relacionados con la idea suicida en los adolescentes, donde obtuvieron relación significativa entre el funcionamiento familiar ($p=0,0000$; $p<0,05$) y la idea suicida. Los resultados muestran que los adolescentes a pesar de vivir en un hogar disfuncional o con funcionamiento caótico, no presentan riesgo de ideación suicida o pensamientos en contra de su propia existencia, lo que motiva a realizar otros estudios con la misma variable y otros aspectos del funcionamiento familiar a fin de establecer su significancia o no.

El funcionamiento familiar predominante en los adolescentes fue el caótico, representando 54,7%, de los cuales 39,5% no presentaron riesgo de intento suicida. No encontrándose estudios similares para la contrastación respectiva, se consideran estos resultados como un aporte para futuras investigaciones. Estos resultados muestran que a pesar de tener un funcionamiento familiar caótico, la mayoría de adolescentes estudiados no están en riesgo de un intento suicida, lo cual es un indicador de que el funcionamiento familiar no los desmotiva en su vida, siguen teniendo esperanza en su futuro, situación que debería de reforzarse desde las estrategias sanitarias relacionadas con la salud mental.

3. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que llegamos después de realizar el estudio, en relación con los objetivos y resultados obtenidos, son:

1. Los factores personales/familiares identificados en los adolescentes, son: 72,4% presentaron estado anímico positivo; 67,8% indicaron tener paternidad adecuada; 65,8% está en edad de inicio adolescente (12 a 14 años); 57,2% refirieron que la situación económica de su familia es baja; 54,7% tiene funcionamiento familiar caótico; 53,3% fueron de sexo masculino; y 34,9% tuvieron una familia nuclear.
2. El riesgo de conducta suicida en los adolescentes, se presenta de la siguiente manera: en el intento suicida, 77% calificaron sin riesgo y en la ideación suicida, 76,3% calificaron sin riesgo.
3. Al asociar los factores personales/familiares y el riesgo de conducta suicida en los adolescentes, se obtuvo que existe asociación estadística significativa entre: estado anímico e ideación suicida ($p=0,031$, $p<0,05$), tipo de padres e ideación suicida ($p=0,009$, $p<0,05$) y funcionamiento familiar e ideación suicida ($p=0,014$, $p<0,05$); asimismo, entre estado anímico e intento suicida ($p=0,003$, $p<0,05$), tipo de padres e intento suicida ($p=0,009$, $p<0,05$) y entre funcionamiento familiar e intento suicida ($p=0,008$, $p<0,05$), y no existe asociación estadística significativa entre: edad e ideación suicida ($p=0,623$, $p>0,05$), sexo e ideación suicida ($p=0,520$, $p>0,05$), situación económica e ideación suicida ($p=0,483$, $p>0,05$) y tipo de familia e ideación suicida ($p=0,166$, $p>0,05$); así como entre edad e intento suicida ($p=0,535$, $p>0,05$), sexo e intento suicida ($p=0,109$, $p>0,05$), situación económica e intento suicida ($p=0,478$, $p>0,05$) y tipo de familia e intento suicida ($p=0,052$, $p>0,05$).

4. RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones del estudio de investigación, se plantean las siguientes recomendaciones.

1. A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:

A los docentes, considerar los resultados obtenidos en el presente estudio dentro del contenido temático de la formación profesional específicamente en el área de la salud mental y psiquiatría.

2. A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

- Fortalecer la promoción de la salud mental en los adolescentes, en coordinación con las instituciones educativas y potenciar los factores protectores a fin de lograr cambios favorables en la dinámica familiar y en los proyectos de vida.

- Crear espacios efectivos de escucha dentro de la estrategia sanitaria de salud mental dirigida a los adolescentes, para la prevención del riesgo de conducta suicida porque hay vacíos en la importancia de la participación de la salud pública en la prevención de ésta conducta nociva.

3. A LOS INVESTIGADORES

Realizar investigaciones de intervención e incluir otras variables de estudio, enfatizando en los aspectos preventivos en este grupo vulnerable.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. Datos y cifras. EE. UU. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>.
2. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Lineamientos para la atención del Intento de suicidio en adolescentes. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Argentina. 2012.
3. Ministerio de Salud. Abraza la vida: estar deprimido significa tener un problema a resolver para ser mejores. Primer foro para la prevención del suicidio. Jueves 8 de septiembre del 2016. Perú. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=18741>
4. Ministerio de Salud. El suicidio y el intento de suicidio: Perspectivas en el mundo y en el Perú. Boletín Epidemiológico del Perú. Instituto Nacional de Salud Mental. Perú. 2016. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/38.pdf>
5. López HD. Comorbilidad de conductas de riesgo suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias, Guayaquil año 2012. Tesis de Maestría en Medicina Forense. Universidad de Guayaquil. Escuela De Postgrado “Dr. José Apolo Pineda”. Ecuador. 2015.
6. Aguirre DC, Cataño JJ, Constanza S, Marín DF, Rodríguez JT, Rosero LA, et. al. Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales 2013. Colombia. 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n3/v63n3a09.pdf>
7. Vázquez ME, Muñoz MF, Fierro A, Alfaro M, Molinero L, Bustamante P. Estado de ánimo de los adolescentes y su relación con conductas de riesgo y otras variables. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013;15:219.e75-e84. España. 2013. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-763220130004000003
8. Silva D, Vicente B, Saldivia S, Kohn R. Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. Tesis Doctoral en Salud Mental. Universidad de Concepción. Rev Med Chile 2013; 141: 1275-1282. Chile. 2013.

9. Córdova M, Rosales JC, Guzmán BR, Zúñiga G. Características psicológicas del estudiante con y sin ideación suicida del Colegio de Bachilleres de San Luis Potosí. Universidad Nacional Autónoma de México. 2013.
10. Luna IC. Factores familiares relacionados con la idea suicida en los adolescentes de la Institución Educativa Alfonso Ugarte. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. Afiliada a la Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú. 2013.
11. Vásquez V, García MF. Factores personales asociados a la conducta suicida, en adolescentes atendidos el año 2013, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2014. Tesis de Licenciatura. Universidad Peruana del Oriente. Perú. 2014. Disponible en: http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPOU_4d10129730418286669a2d823b87cb75
12. Dávila V, Villacorta JK, Baquero T. Factores sociofamiliares relacionados a ideas suicidas en estudiantes de la facultad de enfermería de la UNAP, Iquitos 2013. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Perú. 2013.
13. LinkedIn Corporation. Factores Personales. 2012. Disponible en: <http://es.slideshare.net/arrohconbacalao/factores-personales>
14. Vásquez F. Suicidio juvenil. Instituto Nacional de Salud Mental. Diario Perú21. Sábado 06 de septiembre del 2014 | 07:08. Perú. 2014. Disponible en: <http://peru21.pe/actualidad/depresion-ciberbullying-sis-instituto-nacional-salud-mental-honorio-delgado-hideyo-noguchi-2197688>
15. Ministerio de Salud. Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad. Ficha familiar – HCOP – Ficha de autodiagnóstico familiar. RM 464 - 2011/MINSA. Iquitos, Perú. 2014.
16. Vargas HB, Saavedra JE. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1539/1567>
17. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud 2011. La Habana, Cuba. 2012. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu/servicios/estadisticas>

18. Arias M, Marcos FG, Martín M, Arias JM, Deronceré O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. Revista MEDISAN 36(1):0-0. Cuba. 2011. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm
19. Guía. Centro Psicopediátrico. Trastornos del estado de ánimo. 2017. Disponible en: <http://centreguia.cat/es/senales-alarma/adolescencia/20>
20. Toro V. Estados anímicos del adolescente. España. 2012. Disponible en: <https://sites.google.com/site/padresehijosadolescente/cambios-fisicos-y-psicologicos/estados-animicos-del-adolescente>
21. Salamanca C. Cambios de humor en la adolescencia. Fundación Eduardo Punset. España. 2013. Disponible en: <https://apolpunset.fundacionmapfre.org/cambios-de-humor-en-la-adolescencia>
22. Wikipedia. Estado de ánimo. EE. UU. 2017. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Estado_de_%C3%A1nimo
23. Sala R. Situación económica y financiera. ESAN. Lima. Perú. 2014. Disponible en: <http://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2016/09/09/la-situacion-economica-y-financiera-de-una-empresa/>
24. Quiroz J, Peña E, Bravo A, Abdul HS, Matos F, Valbuena A, et. al. Factores familiares que influyen en el desarrollo de la personalidad del adolescente. Venezuela. 2012. Disponible en: <http://es.slideshare.net/EduardoPea5/explicar-los-factores-familiares-que-influyen-en-el-desarrollo-de-la-personalidad-de-los-adolescentes-del-ciclo-diversificado-13156495>
25. Fantín MB, García HD. Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. Universidad Nacional de San Luis, Argentina. Facultad de Ciencias Humanas. Ajayu, 9(2), Agosto 2011, 193-214, ISSN 2077-2161. Argentina. 2011.
26. Jiménez J, Martín S, Pacheco T, Pérez JL, Robles JI, Santiago P, et. al. Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental. Guía para familiares. Madrid. España. 2012.
27. Ministerio de Salud. DISA IV. Plan Estratégico Institucional 2012-2016. Lima Este. p. 9:64. Del 29 de marzo 2012. Lima, Perú. 2012. Disponible en: [plan_13296_PEI_2012.pdf](#)

28. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática – INEI. Nivel de ingreso económico de las familias de las diferentes regiones del país. Lima, Perú. 2016.
29. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares. Ingreso promedio mensual proveniente del trabajo, según ámbito geográfico, 2004- 2015. Lima, Perú. 2015. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/ocupacion-y-vivienda/>
30. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de buenas prácticas para la evaluación y tratamiento de pacientes con tendencias suicidas. 2003 [citado 02 mar 2010]. Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx
31. Aparicio T. Diferentes tipos de padres. Granada, España. 2016. Disponible en: <https://www.lechepuleva.es/nutricion-y-bienestar/diferentes-tipos-de-padres>
32. Arias S. Tres tipos de padres. California, EE. UU. 2016. Disponible en: <http://www.psicologicamentehablando.com/tres-tipos-de-padres-de-familia/>
33. Del Águila EE. Factores predictores de la funcionalidad familiar en adultos mayores atendidos en el HRL. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Iquitos, Perú. 2013.
34. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid, España. 2011. Disponible en: <http://www.migualdad.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadervalue1=inline&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1244655094407&sbinary=true>
35. Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. Escritos de Psicología, vol. 3, núm. 2, abril, 2010, pp. 30-36. Universidad de Málaga. España. 2010. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271019811003>
36. Luna IC. Factores familiares relacionados con la idea suicida en los adolescentes de la Institución Educativa Alfonso Ugarte. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. Afiliada a la Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú. 2013.

37. De la Torre M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA). Universidad Autónoma de Madrid (UAM). España. 2013.
38. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Consejo de expertos de suicidio convocado. Argentina. 2010.
39. Bobes J, Giner J, Daiz J. Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Triacastela. Madrid, España. 2011.
40. American Psychiatric Association. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors: American Psychiatric Association; 2003 [citado 02 mar 2010]. Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx
41. Guíasalud. Factores asociados con la conducta suicida y evaluación del riesgo suicida. España. 2013. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/egpc/conducta_suicida/completa/apartado04/factores%20asociados.html
42. Sld. Adolescencia. ¿Qué es la adolescencia? [Internet]. Cuba. 2013. Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/adolescencia/verpost.php?pagina=1&blog=http://articulos.sld.cu/adolescencia&post_id=654&c=2987&tipo=2&idblog=171&p=1&n=dfk
43. Mansilla F. La conducta suicida y su prevención. Formación autoayuda y consejo Online. [Internet]. Portal psicología online. 2011. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/monografias/9/conducta1.shtml>
44. Pérez SA. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?. Prevención del suicidio. Psicología Online. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/>
45. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47(2):343-52.
46. Rivas AA. Vivir para morir: Suicidio adolescente. Universidad Católica de Santa María. Perú. 2015. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos70/vivir-morir-suicidio-adolescente/vivir-morir-suicidio-adolescente2.shtml#ixzz4WBKVNTza>
47. Córdova M, Rosales JC. Confiabilidad y validez de constructo de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes mexicanos de educación media superior.

Tesis Doctoral en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México. 2012.

48. Echávarri A. Teorías Explicativas De La Conducta Suicida II. Conducta Suicida Y Psicopatología. España. 2010. Disponible en: <ftp://ftp.formainap.navarra.es/2014/2014-3E604-9971-SUICIDIO/TEMA%203.pdf>
49. García JC. Teorías que explican el suicidio. 2011. Disponible en: <http://coepsique.org/wp-content/uploads/2011/12/3-Suicidio-Teor%C3%ADas.pdf>

ANEXOS

Factores personales/familiares asociados al riesgo de conducta suicida en adolescentes del P. J. Túpac Amaru del Distrito Iquitos 2017

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLES	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTA
VARIABLE INDEPENDIENTE FACTORES PERSONALES/FAMILIARES	a) Factores Personales	Definida como aquellas características inherentes al funcionamiento individual que se evidencian en el comportamiento del adolescente en estudio. Será valorado de acuerdo a los siguientes indicadores:	a) Edad	Años cronológicos que refiere tener el adolescente al momento del estudio. Fue medido como: - Inicio de Adolescencia: cuando tiene 12 a 14 años de edad. - Final de Adolescencia: cuando tiene 15 a 18 años de edad.	Ordinal	Escala de Factores Personales /Familiares (Anexo 3)
			b) Sexo	Características físicas y biológicas que diferencian y definen al varón de la mujer, en su sexualidad a lo largo del ciclo vital. Fue valorado como: - Masculino: cuando evidencia características propias de varón. - Femenino: cuando evidencia características propias de mujer.	Nominal	
			c) Estado Anímico	Referido a la actitud o disposición emocional que presenta el adolescente al momento de la entrevista. Fue medido como: - Positivo: cuando logra de 24 a 30 puntos. - Negativo: cuando logra menos de 24 puntos.	Ordinal	

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL		INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTA
	b) Factores Familiares	Definida como aquellas características inherentes a la dinámica familiar, que se evidenciará en el comportamiento del adolescente en estudio, frente a decisiones saludables o no saludables que toma en su proceso de desarrollo y adaptación a la sociedad. Será valorado de acuerdo a los siguientes indicadores:	d) Situación Económica Familiar	Ingreso economico promedio familiar mensual. Medido como: - Bajo: Cuando el ingreso económico fue menor o igual a 1,027 nuevos soles por mes. - Medio: Cuando el ingreso económico fue de 1,028 a 5,126 nuevos soles. - Alto: Cuando el ingreso económico fue de S/. 5,127 a más.	Ordinal	Escala de Factores Personales /Familiares (Anexo 3)
			e) Tipo de Padres	Características que muestran los padres en el proceso educativo y formación de sus hijos. Fue medido como: - Paternidad Adecuada: cuando alcanzó de 3 a 5 puntos en el segmento de padres democráticos y/o equilibrados. - Paternidad Inadecuada: cuando alcanzó de 3 a 5 puntos en cualquiera de los segmentos de padres autoritarios, permisivos / pasivos, negligentes / indiferentes.	Nominal	
			f) Tipo de Familia	Referido a la conformación jerárquica de la familia en número de personas, vínculos parentales y cumplimiento de los roles establecidos entre ellos. Fue medido como: - Familia Nuclear: cuando refirió que vive con ambos padres y hermanos. - Familia Monoparental: cuando refirió que vive solo con papá o solo con mamá y hermanos.	Nominal	

VARIABLES	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTA
			g) Funcionamiento Familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Familia Extensa: cuando refirió que vive con ambos padres, hermanos y abuelo/s. - Familia Ampliada: cuando refirió que vive con ambos padres, hermanos y otros parientes. - Familia Reconstituida: cuando refirió que vive con mi padre/madre, hermanos, su pareja e hijos. - Equivalencia Familiar: cuando refirió que vive solo, en un grupo religioso, grupos de personas y otros. <p>Referido a los aspectos de adaptabilidad y flexibilidad que muestra la dinámica familiar. Fue valorado como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rígido: cuando alcanzó de 1- 9 puntos - Estructurado: cuando alcanzó de 10-14 puntos - Flexible: cuando alcanzó de 15-18 puntos - Caótico: cuando alcanzó de 19-30 puntos 	Ordinal	Escala de Factores Personales /Familiares (Anexo 3)

ANEXO 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE/MADRE DEL
ADOLESCENTE

Propósito:

Muy buenas tardes, respetable señor/a padre/madre de familia, somos un equipo de Bachilleres en Enfermería integrados por las señoritas: Srta. Laura Lizeth, ARIMUYA SANDOVAL, Srta. Ruddy Silvana, AMPUERO ZAGACETA, Srta. Mayra Luz, RENGIFO YOUNG, egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y nos encontramos realizando la tesis titulada Factores personales/familiares asociados al riesgo de conducta suicida en adolescentes del P. J. Túpac Amaru del distrito de Iquitos 2017, con el objetivo de obtener información sobre cuanto influyen estos factores sea como protectores o como riesgo de que el adolescente presente una conducta suicida expresada en una ideación o en un intento suicida, que afecta su integridad física debido a la alteración emocional que atraviesa y al no saber manejarla podría tomar una decisión perjudicial para su vida; ésta investigación nos servirá para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Elección de participar en el estudio:

Con éste motivo solicitamos su valiosa colaboración, en el sentido de brindarnos su consentimiento o autorización voluntaria para que su menor hijo/a participe en el estudio, con la certeza de que no se afectará en absoluto su integridad física, mental ni moral, pues toda la información obtenida será manejada de forma confidencial, anónima, respetando su privacidad, de uso exclusivo por el/las investigador/as con fines del estudio mencionado y destruidas posteriormente. Le informamos además, que puede hacer cualquier pregunta libremente al respecto, que puede solicitar información de los hallazgos encontrados y si después de haber aceptado que su hijo/a participe desea retirar su aceptación en algún momento, lo puede hacer sin perjuicio de la integridad física o moral suya o de su menor hijo/a, sin tener que dar

explicaciones y sin ningún condicionamiento. La aplicación de los instrumentos dura en promedio 35 minutos.

Contacto con las Investigadoras:

Si usted acepta que su menor hijo/a participe en el estudio y en algún momento considera que el haber contribuido en el estudio le ha causado inquietud o daño alguno, le rogamos que por favor contacte con la Srta. Mayra Luz Rengifo Young, al teléfono N° 958445308 o a su domicilio, sito en calle Arica N° 1254. Si está de acuerdo, sírvase firmar y colocar su huella digital al final de este formato, en señal de conformidad.

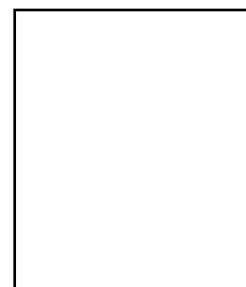
FIRMA DEL CONSENTIMIENTO:

He leído la información provista arriba, asimismo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas me han sido contestadas satisfactoriamente y/o no fue necesario hacer preguntas. Estoy de acuerdo en todos los puntos indicados en la copia del consentimiento que se me ha entregado y decido que mi menor hijo/a participe en forma voluntaria en la investigación que aquí se describe. Firmo en señal de conformidad.

Iquitos, de del 2017

.....

Firma del padre/madre



Huella digital

¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!

ANEXO 3

ASENTIMIENTO INFORMADO DEL ADOLESCENTE PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Propósito:

Muy buenas tardes, respetable joven/señorita, somos un equipo de Bachilleres en Enfermería integrados por las señoritas: Srta. Laura Lizeth, ARIMUYA SANDOVAL, Srta. Ruddy Silvana, AMPUERO ZAGACETA, Srta. Mayra Luz, RENGIFO YOUNG, egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y nos encontramos realizando la tesis titulada Factores personales/familiares asociados al riesgo de conducta suicida en adolescentes del P. J. Túpac Amaru del distrito de Iquitos 2017, con el objetivo de obtener información sobre cuanto influyen estos factores sea como protectores o como riesgo de que el adolescente presente una conducta suicida expresada en una ideación o en un intento suicida, que afecta su integridad física debido a la alteración emocional que atraviesa y al no saber manejarla podría tomar una decisión perjudicial para su vida; ésta investigación nos servirá para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Elección de participar en el estudio:

Con éste motivo solicitamos su valiosa colaboración, en el sentido de brindarnos su asentimiento o autorización voluntaria para participar en el estudio, con la certeza de que no se afectará en absoluto su integridad física, mental ni moral, pues toda la información obtenida será manejada de forma confidencial, anónima, respetando su privacidad, de uso exclusivo por el/las investigador/as con fines del estudio mencionado y destruidas posteriormente. Le informamos además, que puede hacer cualquier pregunta libremente al respecto, que puede solicitar información de los hallazgos encontrados y si después de haber aceptado participar desea retirar su aceptación en algún momento, lo puede hacer sin perjuicio de la integridad física o

moral, sin tener que dar explicaciones y sin ningún condicionamiento. La aplicación de los instrumentos dura en promedio 35 minutos.

Contacto con las Investigadoras:

Si usted acepta participar en el estudio y en algún momento considera que el haber contribuido en el estudio le ha causado inquietud o daño alguno, le rogamos que por favor contacte con la Srta. Mayra Luz Rengifo Young, al teléfono N° 958445308 o a su domicilio, sito en calle Arica N° 1254. Si está de acuerdo, sírvase firmar y colocar su huella digital al final de este formato, en señal de conformidad.

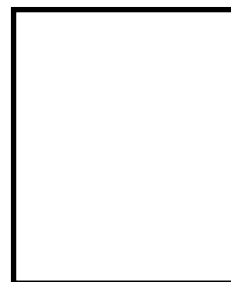
FIRMA DEL ASENTIMIENTO:

He leído la información provista arriba, asimismo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas me han sido contestadas satisfactoriamente y/o no fue necesario hacer preguntas. Estoy de acuerdo en todos los puntos indicados en la copia del consentimiento que se me ha entregado y decido participar en forma libre y voluntaria en la investigación que aquí se describe. Firmo en señal de conformidad.

Iquitos, de del 2017

.....

Firma del padre/madre



Huella digital

¡Muchas Gracias por su valiosa colaboración!

Factores personales/familiares asociados al riesgo de conducta suicida en
adolescentes del P. J. Túpac Amaru del Distrito de Iquitos 2017

ANEXO 4
ESCALA DE FACTORES PERSONALES/FAMILIARES DEL
ADOLESCENTE

I. PRESENTACIÓN

Este instrumento conformado por instrumentos estandarizados y por instrumentos elaborados por las investigadoras, se utilizó para obtener información o datos respecto a la variable independiente denominada factores personales (edad, sexo, estado anímico) y familiares (situación económica, tipos de padres y funcionamiento familiar)

II. INSTRUCTIVO

Marque con una equis, la alternativa de respuesta que mejor se adapte a su situación o a su forma de pensar y actuar, según corresponda en cada parte del instrumento. No deje sin contestar ningún ítem o pregunta. Duración: 25 minutos. Muchas gracias.

III. CONTENIDO

FECHA: / /

CODIGO:

DIRECCION:

FACTORES PERSONALES/FAMILIARES					
DIMENSIONES	OPERACIONALIZACIÓN		COD		
1. EDAD ¿Cuántos años cumplidos tiene?:	Inicio de Adolescencia (12-14 a)		1		
	Final de Adolescencia (15-18 a)		2		
2. SEXO Indique su sexo: M () F ()	Sexo Masculino		1		
	Sexo Femenino		2		
3. ESTADO ANIMICO <i>S = Siempre, AV = A veces, N = nunca</i>			VALORACION		
			S	AV	N
1. Me siento sin interés por mis actividades diarias (estudios, familia)			1	2	3
2. Tengo problemas para dormir			1	2	3

3. Me siento aislado/a o triste o deprimido/a	1	2	3
4. Me siento sin esperanzas con mi futuro	1	2	3
5. Me siento nervioso/a o en tensión (sudor en las manos, temblor de manos)	1	2	3
TOTAL:			
4. SITUACION ECONÓMICA	OPERACIONALIZACION		CODI
¿Cuánto dinero ingresa en promedio cada mes a tu familia?: S/.	a) Bajo (hasta S/. 1,027 por mes)	1	
	b) Medio (de S/. 1,028 a 5,126 por mes)	2	
	c) Alto (de S/. 5,127 a más por mes)	3	
5. TIPO DE PADRES			CODI
<i>Algunas características de tus padres, son:</i>			
Autoritarios			1
1. Máximo control a sus hijos, con muchas reglas y exigencias.	()		
2. Dan poco afecto y poca comunicación	()		
3. Recriminan, imponen, son rígidos	()		
4. Sus reglas/órdenes se cumplen “sí o sí” de inmediato, dicen “yo lo digo y punto”.	()		
5. Castigan severamente, con violencia (física y/o verbal), usa palabras de desprecio como “eres un inútil”.	()		
Permisivos/Pasivos			2
1. Mis padres se ausentan mucho de casa, hay poca presencia	()	Paternidad Inadecuada	
2. No ponen límites/reglas, son poco exigentes con sus hijos	()		
3. Dan mucho amor, buena comunicación y todo lo que piden	()		
4. Son poco firmes cuando sus hijos les desobedecen	()		
5. Nos tratan de igual a igual, como amigos, con mucha libertad	()		
Negligentes/Indiferentes			3
1. Poseen niveles bajos de control, no ponen reglas	()		
2. Son poco exigentes, no dan responsabilidades a los hijos	()		
3. No dan afecto ni comunicación	()		
4. Hay total falta de autoridad y disciplina	()		
5. Ausencia de pautas de crianza saludables	()		

Democráticos/Equilibrados			
1. Rindan dedicación, tiempo y son cariñosos con sus hijos ()	Paternidad Adecuada	4	
2. Tienen autoridad, ejercen control pero no exagerado ()			
3. Son asertivos, no someten ni agreden a sus hijos ()			
4. Son comprensivos, mantienen un diálogo abierto y directo ()			
5. Respetan los roles y opiniones de cada miembro familiar ()			
6. TIPO DE FAMILIA	SI	NO	COD
1. Nuclear: vivo con ambos padres y hermanos			
2. Monoparental: vivo solo con papá o solo con mamá y hermanos			
3. Extensa: vivo con ambos padres, mis hermanos y mis abuelos			
4. Ampliada: vivo con ambos padres, hermanos y otros parientes			
5. Reconstituida: vivo con mi padre/madre, hermanos, su pareja e hijos			
6. Equivalencia Familiar: vivo solo, con grupo religioso, con grupos de personas, etc.			
7. ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y COHESIÓN - FACES III <i>S = Siempre, CF = Con frecuencia, AV = A veces, PV = Pocas veces, N = Nunca</i>	VALORAC.		
	S	AV	N
1. Aceptan algunas propuestas planteadas por los hijos	3	2	1
2. La disciplina en el hogar es justa	3	2	1
3. La opinión de los hijos se toma en cuenta en la disciplina	3	2	1
4. Realizan negociación para la solución de problemas	3	2	1
5. Todos pueden hablar libremente	3	2	1
6. Hay facilidad para expresar opiniones	3	2	1
7. Buscan nuevas formas para la solución de los problemas	3	2	1
8. Todos participan en la toma de decisiones	3	2	1
9. Hablan juntos sobre el castigo ante las faltas	3	2	1
10. Se comentan los problemas entre todos	3	2	1
TOTAL:			

OBSERVACIONES:

INVESTIGADOR: FIRMA:

¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!

EVALUACION

ESTADO ANÍMICO: Total 15 puntos

- a) Positivo: De 12 a 15 puntos.
- b) Negativo: De 1 a 11 puntos.

TIPOS DE PADRES: Total 5 puntos

- a) Paternidad Adecuada: cuando alcance de 3 a 5 puntos en el segmento de padres democráticos y/o equilibrados.
- b) Paternidad Inadecuada: cuando alcance de 3 a 5 puntos en cualquiera de los segmentos de padres autoritarios, permisivos/pasivos, negligentes/indiferentes.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: Total 30 puntos

- a) Rígido: de 1-9 puntos.
- b) Estructurado: de 10-14 puntos.
- c) Flexible: de 15-18 puntos.
- d) Caótico: de 19-30 puntos.

Factores personales/familiares asociados al riesgo de conducta suicida en
adolescentes del P. J. Túpac Amaru del Distrito de Iquitos 2017

ANEXO 5

TEST DE EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA

I. PRESENTACION

El presente instrumento evalúa dos aspectos de la conducta suicida: la ideación e intento suicida, en la que se incluyen las variables más importantes que se deben evaluar en estos casos. En la ideación suicida, se indaga sobre la construcción cognitiva que el adolescente haya realizado en torno al acto suicida para aclararnos hasta qué punto corre riesgo su vida, y en el intento suicida se indaga sobre el número de veces que ha intentado cualquier tipo de conducta suicida y la severidad de los mismos. Duración: 10 minutos.

II. INSTRUCTIVO

Marque Si o No en cada ítem, según como está pensando o sintiendo los últimos 30 días.

III. CONTENIDO

PREGUNTAS	SI	NO
A. IDEACION		
1. Hay alguna situación específica que es especialmente conflictiva o preocupante en su vida.		
2. ¿Ha pensado en suicidarse, si no puede resolver la situación conflictiva?		
3. ¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño? (si no ha comentado nada relacionado con pensamientos de suicidio)		
4. Si no puede dormir en las noches ¿entre otras cosas, piensa en suicidarse?		
5. ¿Piensa todos los días en quitarse la vida?		

6. En una escala de 0-10 sobre intensidad de los pensamientos, siendo 0 ninguna intensidad y 10 extremadamente intensos, ¿en qué número se sitúa?		6-10	1-5
7. En una escala de 0-10 sobre afectación de los pensamientos en su vida, siendo 0 ninguna afectación y 10 extrema afectación, ¿hasta qué punto le interfieren en su vida diaria?		Mu- cho	Na- da o poco
TOTAL:			
INTENTO		SI	NO
1. ¿Cómo ha pensado en suicidarse?	a) Ahorcándome	1	0
	b) Tomando sustancia venenosa	1	0
	c) Cortándome las venas	1	0
	d) Tirándome al vacío	1	0
	e) Otro (Especifique):	1	0
2. ¿Cuándo ha pensado en suicidarse?	a) Cuando me quede sola/o	1	0
	b) Cuando tenga la oportunidad	1	0
	c) Cuando vaya a casa de familiares	1	0
	d) Cuando vaya a casa de amigos	1	0
	e) Otro (Especifique):	1	0
3. ¿Dónde ha pensado en suicidarse?	a) En mi casa	1	0
	b) En mi escuela	1	0
	c) En casas de familiares	1	0
	d) En casa de amigos	1	0
	e) Otro (Especifique):	1	0

3. ¿Por qué ha pensado en suicidarse?	a) Por llamar la atención	1	0
	b) Para manifestar mi ira	1	0
	c) Para que sepan la gravedad de mis problemas	1	0
	d) Para pedir ayuda	1	0
	e) Vengarse de alguien	1	0
TOTAL:			

OBSERVACIONES:

.....

INVESTIGADOR: FIRMA:

¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!

CALIFICACIÓN

IDEACION SUICIDA

- a) Sin Riesgo: cuando obtuvo una respuesta afirmativa Sí.
- b) Con Riesgo: cuando obtuvo de dos a más respuestas afirmativas Sí.

INTENTO SUICIDA

- a) Sin Riesgo: cuando obtuvo cero respuestas afirmativas Sí.
- b) Con Riesgo: cuando obtuvo de uno a más respuestas afirmativas Sí.